

DE
L'ÉRYTHÈME

POLYMORPHE FÉBRILE, A FORME GRAVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Août 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH ARNAUD



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Juillet 1883

DE
L'ÉRYTHÈME

POLYMORPHE FÉBRILE, A FORME GRAVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Août 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH ARNAUD



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Juillet 1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	}	DOYEN.
CROLAS.		
BONDET.		ASSESEURS.
MONOYER		

PROFESSEURS ET PROFESSEURS-ADJOINTS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	{ PICARD.
	{ MORAT, professeur délégué.
Anatomie générale et histologie.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	PIERRET.
Médecine expérimentale et comparée.	CHAUVEAU.
Chimie minérale.	GLÉNARD.
Chimie organique et toxicologie.	CAZENEUVE.
Physique médicale.	MONOYER.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Pharmacie	CROLAS.
Pathologie interne.	BONDET.
Pathologie externe.	{ BERNE.
	{ LÉTIÉVANT, professeur-adjoint.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Matière médicale et Botanique.	CAUVET.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Médecine opératoire	PONCET.
	{ TEISSIER.
Cliniques médicales	{ LÉPINE.
	{ RAMBAUD, professeur-adjoint
Cliniques chirurgicales.	OLLIER.
	{ TRIPIER (LÉON).
	{ BOUCHACOURT.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{ DELORE, professeur-adjoint.
	{ GAYET.
Clinique ophtalmologique.	{ GAILLETON.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	{ X...
Clinique des maladies mentales	

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE, chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS			CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ	
MM. ARLOING.	MM. LEVRAT.	MM. VINAY.	MM. BERGEON.	MM. DRON.
BOUVERET.	PERRET.	VINCENT.	CHANDELUX	MARDUEL.
DUCHAMP.	SICARD.		COLRAT.	MOLLIÈRE.
LAURE.	J. TEISSIER.		CHARPY.	R. TRIPIER.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire, Agent comptable

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, président; M. ROLLET, assesseur; MM. LEVRAT et DRON, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TEISSIER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554208_0055

AVANT-PROPOS

En suivant la clinique de M. le professeur Teissier, notre attention fut appelée par ce maître expérimenté sur une malade atteinte d'un érythème polymorphe offrant tous les caractères d'une pyrexie grave et essentielle.

M. Hardy, dans son article « Erythème généralisé » publié en 1871, dans le *Dictionnaire de médecine pratique*, dit, en parlant du pronostic de cette maladie, qu'on ne l'a jamais vue se terminer par la mort.

D'un autre côté, Kapozi (1) affirme que l'érythème multiforme peut se compliquer de phénomènes graves d'hémorragie, de symptômes de dépression, d'endo-

(1) Kapozi, *Traité des Maladies de la peau*, vol. 2, p. 372.

cardite, de péricardite, de méningite, de tuberculose, d'insuffisance valvulaire, de pleurésie, de pneumonie, etc., complications qui peuvent entraîner la mort, comme Lewin l'a démontré, mais que dans ces cas le danger vient des complications, et non pas de l'érythème lui-même, qui ne représente pas alors le processus essentiel, mais simplement un symptôme.

Contrairement à ces assertions, nous nous proposons dans notre travail inaugural, de montrer, par quelques faits recueillis dans la littérature médicale et par quelques observations personnelles, que l'érythème généralisé fébrile peut, dans certains cas, prendre la forme d'une véritable fièvre exanthématique à marche maligne, amener par elle-même des localisations graves et entraîner la mort.

Adoptant en cela l'opinion de MM. Besnier et Doyon (1), opinion qu'ils expriment ainsi : « On ne peut douter de la gravité de certains érythèmes polymorphes. Dans ces cas, assurément, ce n'est pas l'érythème cutané qui fait périliter le patient pas plus que ne le fait en soi la lésion cutanée de la scarlatine, par exemple ; mais les divers phénomènes sont les uns et les autres le résultat d'une même cause morbide générale et supérieure. »

Ce n'est pas sans une certaine appréhension que nous avons entrepris des recherches sur ce point de pathologie cutanée encore bien obscur et bien controversé. Mais confiant dans l'indulgence de nos

(1) Kapozi, *Traité des Maladies de la peau*, vol. 2, p. 378 (note des traducteurs).

maîtres, nous avons pensé qu'en face de l'imperfection de l'œuvre, ils tiendraient compte de l'effort.

Le premier chapitre contiendra un aperçu historique de la question qui fait le sujet de notre thèse.

Dans un deuxième, nous traiterons la symptomatologie, l'anatomie pathologique de l'érythème.

Un troisième renfermera la description de la nature, de l'étiologie, du pronostic et du traitement.

Enfin, dans un quatrième chapitre, nous placerons quelques pièces justificatives et les conclusions qui nous paraîtront devoir découler de cette étude.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier notre président de thèse, M. le professeur Teissier, qui nous a inspiré ce travail, aidé de ses conseils et, pendant le cours de nos études, toujours porté le plus bienveillant intérêt.

Je prie également M. le docteur Doyon d'accepter l'hommage de ma reconnaissance pour les utiles renseignements qu'il m'a donnés.

DE
L'ÉRYTHÈME

POLYMORPHE FÉBRILE, A FORME GRAVE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

On est étonné en interrogeant l'histoire de l'érythème de voir que la forme spécifique de cette maladie a été et est encore si souvent méconnue.

Nous croyons faire chose utile en laissant de côté les auteurs grecs et romains. C'est en vain que l'on cherche dans leurs écrits la description de quelques symptômes se rapportant à cet exanthème.

Le moyen âge se traîne à la remorque d'Hippocrate et de Galien ; aussi la médecine cutanée reste stationnaire. La Renaissance ne l'éveille même point ; et il faut arriver au xviii^e siècle pour voir avec

Plenck, Villan, Bateman une ère de progrès due à une étude raisonnée des maladies de la peau.

Plenck, de Vienne (1776), range l'érythème (1), dans son premier groupe des maladies de la peau, à côté de la scarlatine et de l'urticaire. Avec un erythema a gelu, ab attritu, il décrit un erythema febrile s'accompagnant de phénomènes généraux. Villan d'Edimbourg (2), rapprochant et plaçant dans une même classe les affections qui présentent à leur période primitive une lésion élémentaire identique, range l'érythème à côté de l'érysipèle, de la rougeole, de la scarlatine et de l'urticaire.

Il décrit six variétés d'érythème : Erythema fugax ; E. lœve ; E. marginatum ; E. papulatum ; E. tuberculatum ; E. nodosum. Cette classification, à laquelle Royer, un villaniste, ajouta l'Erythème iris et l'E. annulaire ; Fucks l'Erythema gyratum, est encore en usage de nos jours. C'est en groupant toutes ces formes d'érythème, sauf les formes fugax, nodosum et lœve, que Hébra a créé cette entité morbide qu'il a appelée érythème multiforme, entité dont nous nous sommes proposé de montrer la gravité dans certains cas. Mais revenons au dermatologiste anglais et voyons la signification qu'il donne à toutes ces variétés.

Pour lui, l'erythema fugax apparaît chez les nervosiques, tandis que l'érythème lœve accompagne l'œdème. Villan n'aurait rencontré l'érythème margi-

(1) *Dictionnaire de Médecine*. Art. Dermatoses, Bazin.

(2) *Description and treatment of cutaneous diseases*, London, 1798.

natum que chez les personnes âgées et n'aurait pas observé de phénomènes fébriles dans cette forme. De brusques changements de température détermineraient l'apparition de l'érythème papuleux dont le cours serait relativement bénin.

C'est dans la description de l'érythème tuberculatum, une des manières d'être de l'érythème polymorphe, que Villan paraît avoir saisi le caractère malin que peut revêtir cette maladie.

« L'érythème tuberculatum, dit-il, commence par « une fièvre dont le paroxysme apparaît comme dans « une fièvre quarte ».

Il éveille ensuite l'attention sur les symptômes précurseurs de la maladie, indique la faiblesse, l'abattement du malade pendant la fièvre, le délire et l'agitation qui surviennent. Des accidents hectiques peuvent emporter le malade vers la fin de la maladie et, à l'appui, il cite trois cas semblables suivis de mort. En un mot, d'après lui, cet exanthème accompagne une perturbation générale de l'économie.

Bateman, élève de Villan, suit la classification du maître. Dans sa description de l'érythème papulatum, il montre l'état de dépression du malade; cet état typhique que nous décrirons plus tard comme un symptôme fréquent. Les jeunes filles, les femmes d'une constitution faible, seraient, d'après lui, prédisposées à l'érythème.

Bielt, un autre villaniste, divise l'érythème en idiopathique et symptomatique.

Réagissant contre les tendances de Villan, qui veut faire des maladies de la peau une classe déta-

chée du reste de la pathologie, Rayer (1835) montre que certaines affections cutanées ne sont que des symptômes secondaires et, suivant les idées de Schœlein, il décrit une fièvre rhumatismale dont la manifestation cutanée est l'érythème papuleux ou l'érythème noueux. Dans son historique des maladies de la peau (1), il cite l'opinion de Callisen qui fait de l'érythème le degré le plus faible de l'érysipèle. Gibert et Devergie (2) tout en adoptant les idées de Villan, décrivent la roséole, l'urticaire, l'érythème, mais renvoient le lecteur aux traités de pathologie interne pour étudier les fièvres éruptives et l'érysipèle. Ils scindent, par conséquent, le groupe des exanthèmes de Villan. — Pour Devergie, l'érythème est fréquent chez les goutteux et les rhumatisants. La dysménorrhée, l'aménorrhée seraient aussi une cause importante dans l'apparition de cet exanthème fébrile, que précéderaient souvent de la lassitude, de la courbature et de l'anorexie. Il reconnaît une espèce d'érythème, indice d'un état général grave et cite une observation magistrale que nous reproduisons plus loin, observation dans laquelle est nettement indiquée la forme maligne que peut affecter cette éruption.

A peu près à la même époque, Giraudot, de Saint-Gervais, décrivant l'érythème, remarque que la forme fébrile est accompagnée d'une fièvre à type intermittent.

(1) *Traité des Maladies de la peau*, « Erythème ».

(2) Devergie, *Traité des Maladies de la peau*.

Alibert (1) range l'éruption dont nous parlons dans son premier groupe, les dermatoses eczémateuses, avec l'érysipèle, le zoster, le furoncle et le charbon. Il comprend sous le nom d'érythème spontané les trois variétés papuleuse, tuberculeuse et noueuse de Villan. Le médecin de Saint-Louis appelle cette forme spontanée parce qu'on ne peut, d'après lui, la rattacher à une cause appréciable.

En Allemagne, Schœulein, range, sous le nom de péliose rhumatismale, les érythèmes papuleux et noueux, ainsi que le purpura. Il fait de ces éruptions la manifestation cutanée du rhumatisme.

Foux de Gœttingue place ces maladies dans le groupe des érysipelatoses et soutient qu'elles sont dues à des troubles internes.

C'est à côté de l'herpès, de l'urticaire, de l'ecthyma, dans la classe des dermatoses accidentelles que Hardy (2) (1854), place l'érythème. Il le divise en trois catégories. La première comprend les érythèmes purement locaux. La deuxième est consacrée aux érythèmes disséminés sur la surface du corps, accompagnés de quelques phénomènes généraux et simulant une fièvre éruptive. La troisième renferme les érythèmes secondaires qui surviennent comme complications d'une autre maladie.

Dans sa deuxième catégorie se trouvent placés l'érythème papuleux, l'E. mamelonné, l'E. scarlatini-forme, l'E. noueux.

Mais reconnaissant que les formes indiquées dans

(1) *Traité des Maladies de la Peau*, Paris, 1825.

(2) *Traité des Maladies de la Peau*, Paris, 1854.

sa deuxième catégorie pouvaient, dans certains cas, être symptomatiques d'une autre maladie et non plus idiopathiques, essentielles, il modifia cette division dans l'article qu'il fit paraître en 1871 (*Dictionnaire Jaccoud*). Il les distingue alors en deux grandes classes : les érythèmes circonscrits ou de causes externes et les érythèmes généralisés ou de cause interne, comprenant, dans ces derniers, la forme papuleuse qu'il assimile à l'érythème multiforme d'Hebra, puis les formes mamelonnée scarlatiniforme et noueuse. Pour Hardy, l'érythème papuleux doit être placé à côté des fièvres éruptives, auxquelles il ressemble. « En effet, dit-il, l'éruption est disséminée, précédée de phénomènes généraux et présente une certaine régularité des fièvres éruptives. L'érythème papuleux s'offre sous des formes variées, justifiant bien le nom de multiforme que lui a donné Hebra. » Hardy fait rentrer dans l'érythème papuleux les formes circonscrite, marginée, tuberculeuse et irienne.

Voici la description qu'il donne de la maladie :
« Des symptômes généraux peuvent précéder d'un ou deux jours l'éruption. Le malade présente de la courbature, de la céphalalgie, de la soif, de l'anorexie, des nausées, un pouls et une température plus élevée. Il éprouve une sensation de picotement à l'endroit où un peu plus tard apparaîtra l'éruption. Assez souvent, les malades se plaignent de douleurs dans la continuité des membres. Ces douleurs peuvent siéger dans les articulations qui sont chaudes et légèrement tuméfiées. J'ai même observé deux fois

dans le cours et à la suite d'un érythème papuleux des accidents inflammatoires du péricarde et de l'endocarde. C'est là une véritable complication de rhumatisme. Ces phénomènes sont assez communs, puisque Bazin en fait une manifestation de l'arthritisme. Bouillaud également, Maxime Legrand et Duriau, en ont fait une peliose rhumatismale. Pour moi, je considère l'érythème papuleux, non comme l'accessoire, mais comme la maladie principale dont le rhumatisme n'est qu'une complication. J'ai compulsé les faits, et j'ai vu que dans plus de la moitié des cas, les phénomènes articulaires manquent. L'arthrite rhumatismale est donc une complication semblable à celle du rhumatisme de la scarlatine.»

On le voit, Hardy reconnaît l'érythème polymorphe comme une maladie essentielle. Il donne de ses prodromes, de sa période d'état et de sa marche une description empreinte de l'esprit le plus clinique. Mais, il paraît avoir oublié dans le pronostic, les nombreux faits relatés par Villan, par Bateman et par Hebra, faits dans lesquels la mort est venue bien souvent terminer la maladie. Il n'a point observé également que la tuberculose, l'ataxie locomotrice et d'autres affections graves pouvaient survenir à la suite de cette affection cutanée. « L'érythème, dit-il, est une maladie qu'on n'a jamais vu se compliquer par la mort. Son pronostic n'est un peu aggravé que par la complication des affections rhumatismales qui peuvent survenir. »

En même temps que Hardy, Trousseau (1),

1) *Traité de Clinique médicale*, page 227.

dans son *Traité de Clinique médicale*, avait appelé l'attention sur ces formes graves que peut affecter l'érythème, et soutenu que cette affection est essentiellement une maladie générale. « Les malades observés, dit-il, après avoir décrit quelques observations, ont présenté tous des symptômes graves et assez graves pour que la mort en ait été la conséquence une fois. L'érythème papuleux a été accompagné de lésions pulmonaires, quelquefois de rhumatisme et d'endocardite. Il s'annonce par des phénomènes généraux : malaise, mouvement fébrile, état saburral. La période prodromique, dure de quatre à cinq jours. » Trousseau ajoute, comme conclusion de ses observations : « Si vous comparez tous ces faits entre eux, vous leur trouverez une physionomie commune, vous noterez un mouvement fébrile violent, continu, des sueurs profuses principalement la nuit, des accidents toujours très graves du côté du poumon et une durée* beaucoup plus longue que ne l'auraient fait pressentir les premiers symptômes de la maladie. » Trousseau partage l'opinion de Bazin sur la nature de l'érythème et le fait dépendre de l'arthritisme.

Divisant les maladies de la peau en affections de cause externe et affections de cause interne, Bazin place l'érythème parmi ces dernières, dans les affections symptomatiques des maladies constitutionnelles dans les arthritides sèches érythémateuses. Il fait de l'érythème papulo-tuberculeux une affection chronique, exclusivement arthritique. « Son début est généralement brusque, dit-il, et le seul phénomène

que l'on constate avant l'apparition de la rougeur des téguments, consiste dans l'existence de petits picotements à la surface des parties qui doivent être le siège de l'éruption (1). » On le voit refuser tout caractère aigu et fébrile à cet exanthème. D'après ce dermatologiste, les auteurs qui ont décrit un érythème papulo-tuberculeux avec phénomènes généraux, se sont trompés et ont confondu cet exanthème avec l'érythème noueux. Il n'accorde, en effet, un caractère phlegmasique qu'à cette dernière maladie, qu'il regarde comme un pseudo-exanthème arthritique. Parlant de Villan et de ses élèves, qui ont rangé l'érythème dans le groupe des exanthèmes non contagieux, il critique cette manière de voir. « Lisez Gibert et Cazenave, dit Bazin, et vous y verrez que l'érythème peut être symptomatique et lié à un dérangement viscéral, à une phlegmasie interne, à une fièvre ; rattachant ainsi un symptôme à un symptôme, et non à une maladie générale, telle que la scrofule et l'arthritisme. » Il n'admet pas davantage la classification de Hardy. Les érythèmes accompagnés de phénomènes généraux sont, d'après Hardy, les érythèmes papuleux, noueux, scarlatini-formes, mamelonnés. Cette classe est-elle naturelle, demande-t-il ? « Nullement, puisque l'érythème noueux est la seule espèce qui soit invariablement précédée de phénomènes généraux. »

C'est à Hebra et à l'école de Vienne que revient

(1) *Leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau*, p. 55, vol. I.

l'honneur d'avoir réuni sous le terme commun d'érythème multiforme, les différents stades de cette maladie, qui, jusque-là, avaient été désignés sous des noms spéciaux et comme des affections différentes. Les érythèmes papuleux, tuberculeux, iris et gyrateur, n'ont plus constitué pour Hebra (1) que les formes successivement revêtues dans son évolution par une même entité morbide. Il range l'érythème dans sa classe des dermatoses aiguës non contagieuses, groupant sous le nom de dermatoses aiguës contagieuses : la variole, la rougeole et la scarlatine.

Après avoir décrit les variations de cette éruption dont les papules du début s'indurent pour devenir des tubercules, ou se recouvrent de vésicules, de pustules et de bulles ou bien encore se réunissent pour former, soit des cercles réguliers, soit des lignes sinueuses, Hebra arrive à des conclusions qu'il énonce ainsi : « Il résulte de la description précédente que l'érythème papulatum représente la phase la plus légère, et l'érythème gyratum la phase la plus élevée de cette affection. Ainsi, suivant l'époque à laquelle le malade sera soumis à l'observation, on pourra diagnostiquer soit un érythème papuleux, soit un érythème iris, etc.

« Il est facile de comprendre comment les dermatologistes qui ont observé de tels cas, seulement à une certaine période, avaient supposé qu'ils se rapportaient à des espèces différentes, tandis que quand on les étudie cliniquement, on doit adopter ma manière

(1) *Traité des Maladies de la peau*, vol. 1. Paris, 1872.

de voir, c'est-à-dire, être convaincu qu'ils sont identiques. »

Telle est la description magistrale que Hebra donne du cours et de l'évolution de l'érythème multiforme. Mais, ainsi que le fait remarquer Lewin, il est regrettable que le dermatologiste de Vienne ait méconnu certaines particularités que l'on trouve assez fréquemment dans le cours de cette affection, et en particulier les complications fébriles et les processus inflammatoires des organes internes. « En cela, dit Lewin (1), il ne fait pas preuve d'un coup d'œil aussi clinique que Villan et Bateman.

D'après Hebra, on n'observerait des symptômes fébriles que dans les cas exceptionnels, lorsque de larges étendues de la surface cutanée serait envahies par l'éruption; et, dans ces cas, l'exanthème n'entraînerait avec lui ni complications, ni suite graves.

Continueur des idées de Hebra, son gendre Kapozi décrit également l'érythème multiforme dans le groupe des dermatoses aiguës non contagieuses. Comme nous le disions dans notre introduction, ce dermatologiste n'admet pas que l'on puisse rapporter à l'érythème la terminaison fatale, quand le malade meurt dans le cours de cette éruption. Ce n'est pas l'éruption cutanée qu'il faut incriminer; d'après lui, elle n'est plus qu'un symptôme dans ce cas, mais la pleurésie, la pneumonie, etc., qui sont survenues.

Lewin, de Berlin, dans un remarquable travail, publié en 1878 (2), distingue dans l'érythème exsu-

(1) *Loc. cit.*

(2) *Charité annalen*, III Jahrg, p. 622, Berlin, 1878.

datif deux formes : l'une bénigne, apyrétique ou accompagnée d'un mouvement fébrile insignifiant; l'autre, maligne, caractérisée par une fièvre vive et de graves complications. Après une étude très étendue sur l'influence des nerfs vaso-moteurs dans la production et le développement des affections cutanées, cet auteur conclut que l'érythème multiforme, dans certains cas, est une angionévrose infectieuse, caractérisée par l'atonie des nerfs vaso-constricteurs. Il fait de cette éruption une maladie spécifique et cherche à réfuter l'opinion des dermatologistes français qui, pour la plupart, ne voient dans l'érythème qu'un symptôme du rhumatisme. Se basant sur le caractère de la fièvre d'invasion semblable à celui de la variole, de la fièvre typhoïde, sur l'existence de complications fréquentes, sur le caractère parfois épidémique qu'a présenté cette affection, il la range à côté des exanthèmes aigus, des fièvres éruptives. Car Lewin ne voit dans l'épidémie d'acrodynie observée à Paris, en 1829, qu'une forme d'érythème exsudatif. Par de très nombreuses observations qu'il publie, il démontre la gravité de cet exanthème et sur soixante-dix cas en présente dix dans lesquels la mort est venue terminer la maladie.

Le même dermatologiste, rendant hommage à Hebra, d'avoir dépeint si nettement le cours et les différentes formes de cette affection, prétend toutefois que l'appellation érythème exsudatif ne convient pas à cet état morbide.

Il développe son opinion en ces termes : « L'hypérhémie cutanée qui est le critérium du simple éry-

thème, n'a, dans l'érythème exsudatif, aucune signification comme symptôme, parce que la rougeur qui est le signe propre de l'érythème, apparaît à peine dans beaucoup de cas, et est souvent imperceptible dans la forme exsudative. Même dans les cas où l'érythème s'est d'abord manifesté d'une façon apparente au début, il peut diminuer dans la suite et disparaître complètement sans que le processus morbide avec ses conséquences se soit trouvé altéré en quoi que ce soit.

Cet érythème ne se localise pas dans l'épiderme, mais bien plutôt dans le derme, comme exsudat hémorragique. Aussi, nous paraît-il plus convenable d'abandonner le mot érythème pour désigner ce processus et prendre celui de dermatite exsudative, nom auquel on peut toujours ajouter l'épithète érythémateuse pour rappeler la rougeur qui l'accompagne. Nous aurions volontiers ajouté cette nouvelle dénomination à la nomenclature dermatologique dont les auteurs ont déjà tant abusé, mais pour ne pas augmenter la confusion, nous préférons conserver le nom donné par Hebra. Cependant, nous exprimons le désir de faire une petite variante et de remplacer multiforme par polymorphe, cet adjectif nous paraissant plus conforme au mot grec érythème.»

Se basant à peu près sur les mêmes motifs que Lewin, M. Paul Fabre, de Commentry (1), a proposé également une nouvelle dénomination. C'est le nom de maladie d'Hebra qu'il voudrait substituer au mot érythème multiforme.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 4 nov. 1882.

Il ne nous appartient pas de prendre fait et cause pour l'une ou pour l'autre de ces dénominations. Toutefois, tout en reconnaissant la justesse des remarques faites par Lewin et par M. Paul Fabre, nous préférons imiter la réserve prudente du dermatologiste de Berlin, et conserver pour la maladie que nous nous proposons de décrire le mot érythème en y ajoutant l'appellation polymorphe proposée par Lewin.

CHAPITRE DEUXIÈME

SYMPTOMATOLOGIE

De l'érythème en général. — De l'érythème polymorphe. — Symptomatologie.
Anatomie pathologique.

ERYTHÈMES EN GÉNÉRAL

L'érythème est une tache diffuse de la peau et des muqueuses accessibles à la vue, résultant d'une hyperhémie active, non accompagnée ou accompagnée d'exsudation.

Cette définition que nous empruntons à Von Behrend, établit une distinction très nette entre l'érythème simple ou hyperhémique et l'érythème exsudatif.

Le premier renferme les érythèmes apyrétique, colorique, émotif, des nouveaux-nés ; les érythèmes fébriles : copahique, belladonné, vaccinal, variolique ou rash.

Le deuxième comprend l'érythème polymorphe et

l'érythème noueux. Nous discuterons plus loin cette subdivision que les uns admettent et les autres rejettent en faisant rentrer la forme noueuse dans l'exanthème polymorphe.

ÉRYTHÈME EXSUDATIF POLYMORPHE

L'érythème exsudatif polymorphe est une maladie aiguë, non contagieuse, remarquable par la multiplicité de ses formes et par l'évolution le plus souvent successive de macules, de papules et de tubercules à coloration rougeâtre, s'accompagnant ou non de phénomènes généraux et pouvant prendre, dans quelques cas, tous les caractères d'une affection ataxo-adynamique.

On peut distinguer deux formes d'érythèmes polymorphes graves :

L'une primitive, essentielle, parcourt ses différentes phases sans se rattacher à aucune affection antérieure ou concomittante.

L'autre secondaire, se développe dans le cours d'une maladie, telle que le rhumatisme, le choléra ou la fièvre typhoïde.

C'est la première de ces formes que nous nous sommes proposés de décrire, ou plutôt à l'étude de laquelle nous avons voulu apporter quelques documents dans la mesure de nos forces.

Afin de mieux entrer dans notre sujet, nous allons citer, avant toute autre description, quelques obser-

vations des plus typiques, observations qui, points de départ de nos recherches, mettent en lumière les caractères les plus importants de cet exanthème à forme grave.

OBSERVATION I

(Mémoire de M. Teissier.)

Marie Jouinaz, née à Crozey (Ain), entrée à l'Hôtel-Dieu le 30 mai 1882.

Son père est mort d'une affection chronique de poitrine. Pas d'autres antécédents connus à ce sujet. Elle a toujours été d'une santé délicate; l'année dernière, elle a eu une adénite cervicale. Pas d'autres maladies antérieures.

Elle entre dans notre service, salle Saint-Roch, n° 14, pour une éruption cutanée presque généralisée qui date de huit jours. Elle raconte qu'elle a pris froid, quelques jours auparavant, pendant qu'elle avait ses règles. Dès le lendemain, elle sentit un violent mal de tête, puis de l'irritation de la gorge avec gêne de la déglutition. Au bout de trois jours, apparition d'une éruption qui commence par les jambes, gagne ensuite les membres supérieurs et enfin le cou.

A son entrée à l'hôpital (huitième jour de l'éruption), on observe sur la face antérieure des jambes de larges plaques à bords diffus, d'une coloration rouge livide, coloration qui disparaît sous la pression du doigt. Au niveau de ces plaques, la peau est épaissie, dure, œdématiée, douloureuse; sur les membres supérieurs, sur le cou et les régions mastoïdiennes, l'éruption diffère beaucoup de la précédente. Sur les bras, elle est constituée par des papules assez volumineuses, grandes comme une pièce de un, deux et cinq francs

en argent, rouges et entourées d'un cercle également rouge.

En plusieurs endroits, ces papules se réunissent pour constituer de grandes plaques irrégulières parsemées de papules plus proéminentes, grandes comme des lentilles dont le sommet est moins coloré que la base.

Au cou et derrière les oreilles, l'éruption est disposée en plaques rondes ou ovales très bien délimitées. Le bord de ces plaques est saillant, tandis que le fond, déprimé, est garni de petites vésicules et présente une peau saine comme dans l'herpès circiné.

En même temps, la malade a un peu de conjonctivite oculo-palpébrale, et l'on voit sur les globes oculaires deux petits ptérygions.

L'éruption s'accompagne d'un prurit assez marqué, mais qui incommodé peu la malade. La langue est saburrale, il y a de l'inappétence, le fond du gosier est rouge, il y a un léger mouvement fébrile; la température rectale marque 38°6; l'urine renferme des traces d'albumine peu considérables. On ne constate rien aux poumons ni au cœur.

A partir de ce moment, l'éruption présente chaque jour de petites poussées nouvelles, avec élévation de la température à 40° le soir, et une rémission matinale de plusieurs dixièmes de degré.

En raison des exacerbations de la température et des exacerbations fébriles du soir, j'ai administré 50 centigrammes de sulfate de quinine par jour avec de la tisane délayante, du bouillon, du lait, et une potion calmante pour la nuit.

Malgré l'administration de la quinine continuée pendant douze jours, tantôt par la bouche, tantôt par lavements, la température se maintient entre 39° et 40°, présentant seulement trois fois une rémission au-dessous de 39°.

En même temps, l'érythème continue sa marche, et, au fur et à mesure, quelques plaques pâlisent et se résolvent; d'autres apparaissent, présentant toujours les caractères de l'érythème polymorphe.

En présence de la persistance des symptômes et en raison

des relations qui peuvent exister entre le rhumatisme articulaire et l'érythème papuleux, je crus devoir recourir à l'administration du salicylate de soude à la dose de 3 et 4 grammes par jour. Ce médicament, continué pendant quatre jours, réussit encore moins bien que la quinine; le thermomètre marque 40°2 le second jour et ne s'abaisse pas au-dessous de 39°3.

Je crus alors devoir reprendre la quinine à la dose de 50 cent. et j'obtins des rémissions matinales de 2°. Le tracé thermométrique devient alors semblable à celui de la fièvre intermittente. Le médicament fut encore continué pendant dix jours, durant lesquels l'éruption ne cessa de présenter de nouvelles poussées; en même temps la malade devenait très faible, très pâle, profondément anémique, ne mangeant rien, dormant très peu.

Vers le 24^e jour, j'essayai l'administration de l'eau de laurier-cerise qui ne produisit aucun effet favorable ni sous le rapport du sommeil, ni sous le rapport de la fièvre.

Le 30^e jour environ, une fluxion très douloureuse de la hanche se manifesta. Pour la calmer, j'eus encore recours au salicylate de soude qui triompha de la douleur, mais qui ne modifia en rien la marche de l'érythème, ni le mouvement fébrile.

La fluxion articulaire passée, il me fallut revenir pour la troisième fois au sulfate de quinine qui fut encore continué du trente-cinquième au quarante-cinquième jour, à la dose de 40 à 50 centigrammes.

Cette fois, nous eûmes la satisfaction de voir la fièvre tomber progressivement à 39°,5, 39°, 38°,5, 38°, 37°,5

Enfin, le 8 juillet, les forces et l'appétit étant revenus, le visage est plus coloré et la malade demande à sortir de l'Hôtel-Dieu.

Cependant, elle n'est pas encore complètement guérie, depuis trois jours elle éprouve un point douloureux vers la région mammaire gauche et un peu d'essoufflement.

La percussion permet de constater un peu d'obscurité res-

piratoire et un léger souffle à l'expiration. Il paraît s'être produit un léger épanchement pleurétique.

Je cherche à retenir la malade encore pendant quelques jours à l'hôpital, mais des circonstances particulières la forcent à rentrer dans sa famille et je suis obligé de la laisser partir à mon grand regret.

OBSERVATION II

(Empruntée au Traité des Maladies de la Peau, de Devergie)

Le 9 décembre 1852 est entré à Saint-Louis, salle Saint-Thomas, la nommée Soyer, âgée de vingt ans, cuisinière.

Cette fille lymphatique, sujette à des indispositions fréquentes, est réglée depuis quinze ans, très régulièrement; quinze jours avant son entrée à l'hôpital elle a eu ses règles qui ont duré quatre jours. Le dernier jour de l'écoulement, elle eut beaucoup de fatigue dans sa maison. Le lendemain, elle fut prise de douleurs, d'inappétence et de fièvre. Une saignée fut faite et un pédilure ordonné. Le surlendemain la fièvre augmenta, il y eut de la diarrhée, des vomissements et l'on vit apparaître sur la face une rougeur vive qui, débutant par la joue gauche, s'étendit à la joue droite, au menton et un peu au front; quelques plaques rouges apparurent aussi aux jambes et aux genoux.

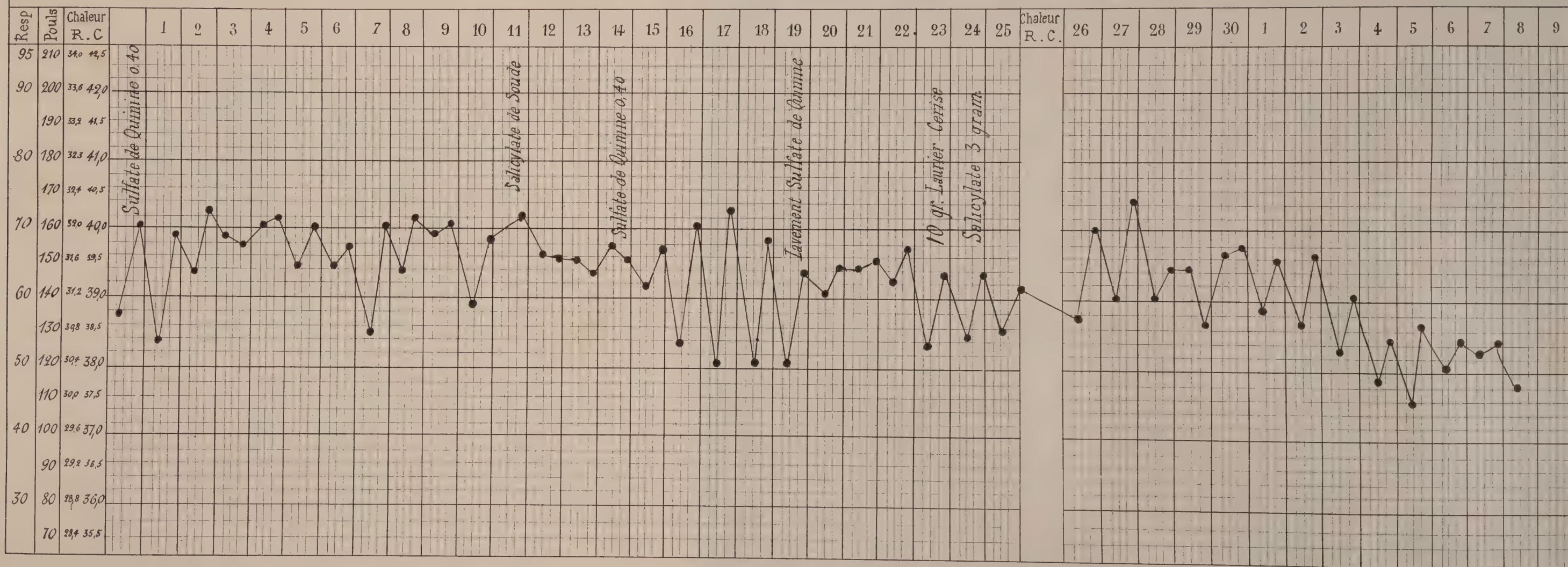
La face était le siège d'une chaleur considérable.

Quatre jours après le début de la maladie, les symptômes d'une bronchite se manifestant, la malade se décida à rentrer à l'hôpital. A son arrivée, elle était très abattue. On voyait sur chaque joue deux ou trois plaques erythémateuses plus grandes qu'une pièce de 2 francs, d'un rose clair dont la rougeur disparaissait sous la pression du doigt.

Chacune d'elles était entourée d'un cercle rouge foncé plus

Nom Marie Souinaz

Observation I



élevé que le centre (Er. marginatum — annulaire) de la plaque et dont la saillie était facilement suivie en promenant la main sur la joue. Dans l'intervalle de ces plaques la peau avait une couleur rouge vif et formait un fond uniforme sur lequel le cercle rouge formé se détachait parfaitement (Erythème circiné). Les plaques et le fond sur lequel elles reposaient, formaient par leur ensemble une surface oblongue d'un rouge vif obliquement dirigé de la pommette vers l'angle de la mâchoire tranchant fortement par sa coloration avec la peau du reste de la joue. Au menton, existait une plaque plus petite, mais en tout semblable aux précédentes sur les jambes; au voisinage des genoux, de petites plaques érythémateuses formant des saillies arrondies assez semblables à de l'érythème noueux, elles disparurent le lendemain. Il y avait quelques râles sibilants dans la poitrine: les crachats étaient muqueux, le pouls assez calme, peu de douleurs de tête.

Pendant les trois premiers jours, état de la malade assez satisfaisant; mais dans la nuit du troisième au quatrième jour la fièvre s'alluma, il y eut des nausées, de la céphalalgie et un peu de diarrhée. Le lendemain matin, bain d'air chaud. Le 14 décembre, un peu plus de calme, toutefois toujours des nausées, 1,50 d'ipéca. Dans la journée, les vomissements furent abondants, toujours un peu de diarrhée, pas de fièvre. Le 15, le 16, le 17, la fièvre s'allume, diarrhée, vue trouble, toujours symptômes respiratoires. Un verre d'eau de Sedlitz. 18 décembre, l'abattement est plus marqué, bourdonnement dans les oreilles et un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite, la langue devient sèche, la peau est chaude et sèche, bain d'air chaud. 19, 20, 21, malade toujours affaissée, dévoiement continu quatre à cinq selles par jour, la céphalalgie a un peu diminué. 22. nuit bonne, dévoiement, 1/4 lavement laudanisé.

Les 23, 24, 25, le dévoiement diminue, le matin la malade est mieux, mais le soir, vers trois heures, elle est reprise d'une fièvre qui cesse vers neuf heures.

Les 26 et 27, le mieux se continue, une selle par jour, fièvre moins forte, 4 grammes de diascordium, peau sèche, pouls assez vif, langue sèche, céphalalgie.

Depuis cette époque et sous l'influence de la quinine, l'accès de fièvre intermittente s'est dissipé peu à peu, la malade est entrée en convalescence, la diarrhée ayant été arrêtée par les opiacés.

Devergie termine en disant : Voilà donc un érythème symptomatique d'une affection générale, à forme typhoïdique, accompagné de fièvre intermittente.

Loin de guérir l'érythème nous l'avons provoqué par des bains d'air chaud pour porter à la peau et faire naître une sudation générale, puis nous avons combattu les symptômes.

Pour Devergie, l'érythème est symptomatique de fièvres graves, d'état général infectieux, et est toujours précédé de lassitude, d'anorexie.

OBSERVATION III

(Publiée par M. Soulier. Lyon Médical, juin 1882.)

T. (Louis), âgé de 16 ans, chaudronnier, né dans un pays où règne la fièvre intermittente, dont il n'a jamais été atteint, est fils de rhumatisants; il n'a eu qu'une seule maladie avant celle qui l'amène à l'hôpital, une fièvre typhoïde dans son enfance; l'atelier où il travaille est humide, cependant bonne santé habituelle.

Entré à l'hôpital Saint-Pothin le 10 février 1880.

Il y a trois mois, pour la première fois, douleurs dans le genou gauche avec tuméfaction; il garde le lit un mois. Il se levait depuis huit jours, lorsque l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est atteinte à son tour, et le malade est encore obligé de s'aliter pendant quinze jours.

Depuis cette époque, il n'a plus ressenti de douleurs articulaires, mais il a été atteint de bouffissure de la face et, de temps à autre, de l'œdème des paupières, le matin. Il a perdu un peu de ses forces, a maigri et, depuis huit jours, a des palpitations. De temps à autre, accès de fièvres irrégulières accompagnés de sueurs profuses.

L'examen du cœur montre que les battements sont un peu irréguliers; la pointe bat dans le cinquième espace sur la ligne mamelonnaire; le premier bruit est prolongé, un peu soufflé à la pointe; pouls irrégulier (64 par minute). Rien du côté des voies respiratoires; appétit conservé, légère constipation.

La feuille d'observation ne renferme que très peu de détails sur ce premier séjour à l'hôpital. Il est bien indiqué qu'il avait de la fièvre; mais point de tracé, point de mention d'éruption quelconque, et cependant Tr... prétend avoir eu alors des poussées semblables à celles de son deuxième séjour.

Le malade sort au bout d'un mois et rentre un an après, le 10 février 1881.

Il ressent, depuis quelques jours, des douleurs peu accentuées dans les genoux et les articulations tarso-métatarsiennes; douleurs aussi dans les mollets.

Depuis six jours, éruption offrant les caractères suivants : elle ne dépasse pas le cou comme limite supérieure et est plus marquée sur les membres, manque sur le dos. On observe en certains points des papules avec induration du tissu cellulaire sous-jacent; ailleurs, ce sont des vésicules assez larges, non ombiliquées, entourées d'une zone inflammatoire, quelques-unes sont déjà affaissées, flétries, d'autres remplacées par une petite croûte noirâtre.

Cette éruption ne paraît pas avoir été précédée de phénomènes prodromiques. Son début aurait été accompagné seulement de céphalalgie légère ; mais ni douleurs lombaires, ni vomissements.

Actuellement, langue blanchâtre, inappétence, insomnie existant d'ailleurs dès le début de l'éruption ; pouls ralenti, 50 pulsations, souffle au premier temps, pas de syphilis. Traitement : acetate d'ammoniaque, 2 grammes.

12 février. 64 pulsations. Eau de Sedltiz. Vin de quina.

13. L'éruption persiste avec les mêmes caractères, elle a gagné le dos ; toujours quelques douleurs dans les genoux, le malade en accuse aussi dans les mollets ; 68 pulsations.

L'éruption consiste surtout en papules larges ou macules papuleuses à base indurée en quelques points, ni point, ni cuisson ; çà et là quelques vesico-pustules non ombiliquées de formes irrégulières, quelques-unes sont déjà livides. Persistance de la fièvre, très irrégulière du reste. Salicylate de soude, 5 grammes.

14. Quelques vésicules renferment un liquide séro-sanguinolent que la piqûre avec l'épingle laisse échapper, d'autres sont affaissées et couvertes d'une croûte noirâtre.

15. Les accès de fièvre coïncident avec des frissons et avec des douleurs vives dans les genoux et dans les poignets. Certaines maculo-papules reposent sur une base indurée et rouge, rappelant l'érythème noueux ; nouvelles vésicules à liquide séro-sanguinolent reposant sur une base indurée.

Refus de continuer le salicylate qui lui fait mal à l'estomac, dit-il.

16. L'éruption semble pâlir.

21. Nouvelles poussées sur les membres supérieurs, ce sont comme des taches érythémateuses dans lesquelles se forment rapidement un point central purulent : sulfate de quinine, 50 centigrammes.

24. L'état général semble s'aggraver, la faiblesse augmente, céphalalgie persistante, insomnie, anorexie, constipation. L'éruption se généralise, envahit la face, prédomine

cependant aux membres. — Sur les coudes, sur les genoux quelques taches de la largeur d'une pièce de 5 francs, de teinte pétéchiale. D'autres taches plus petites, toujours quelques vésico-pustules, rappelant un peu l'acné, surtout aux membres supérieurs: huile de ricin, sulfate de quinine, 65 centigrammes.

4 mars. La scène morbide n'a pas changé, la faiblesse est toujours grande, la fièvre présente à peu près les mêmes caractères: sulfate de quinine par l'estomac ou en lavements.

7. Toujours de nouvelles poussées éruptives avec augmentation de douleurs articulaires. Quinine. Chloral contre l'insomnie.

11. Légère sudation dans la nuit.

12. Même état. Le sulfate de quinine est remplacé par une potion avec 15 grammes de la liqueur de Boudin.

24. La dose de la liqueur de Boudin a été élevée successivement à la dose de 35 grammes sans action manifeste, toujours de nouvelles poussées avec coïncidence de douleurs articulaires, œdème des paupières, un peu de salivation, pas d'albuminurie. Ce jour-là nous comptons 1,800,000 globules rouges. La liqueur de Boudin est remplacée par l'extrait de quinquina, 4 grammes.

25. Point de changements; toujours même accès de fièvre, mêmes poussées, mêmes douleurs. Ce matin la peau semble tachée d'une multitude de points plus ou moins rouges, la tendance hémorragique n'existe plus; l'éruption se termine par une desquamation. L'état cachectique s'accroît de plus en plus. Souffle systolique à la base se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Souffle à la pointe peu marqué.

26. Le salicylate de soude est repris, 5 grammes. Transpiration abondante la nuit précédente. Vascularisation de la sclérotique gauche, bourdonnements d'oreilles. Continuation du salicylate de soude, trois pilules de sulfate de quinine pour combattre les bourdonnements.

31 mars. L'on dirait d'une légère amélioration; les bourdonnements ont cessé. Suppression de la quinine.

2 avril. 6 grammes de salicylate.

3. 7 grammes.

4. Douleur très vive au poignet droit ; deux taches érythémateuses sur celui-ci.

9. Une amélioration sérieuse ne se laisse pas entrevoir. Au salicylate est substitué l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme.

18. L'iodure a été élevé peu à peu à la dose de 3 grammes ; mais céphalalgie intense, accès de fièvre considérable : 41°. Suppression de l'iodure.

20. Un nouvel accès de fièvre avec poussées et douleurs. Je prescris une potion antiseptique du nom de chlorallin (30 grammes).

24. Toujours à peu près même état ; nouvel accès pyréti- que. Je donne l'eau de laurier-cerise à la dose de 25 grammes comme antipyrétique.

28. Amélioration ; cependant un nouvel accès ; cette fois c'est vers les premières et deuxième phalanges de la main droite que la poussée s'est faite.

30 avril. L'eau de laurier-cerise a été progressivement donnée jusqu'à la dose de 40 grammes.

2 mai. Après trois jours d'apyrexie, nouveaux mais derniers accès fébriles, sans manifestations articulaires ni cutanés. Puis la guérison s'établit. Chute des cheveux.

M. le professeur Soulier fait suivre cette observation des réflexions suivantes que nous nous empressons de publier :

« En résumé, dit-il, notre malade, dans un premier séjour, avait présenté les signes du rhumatisme articulaire aigu léger avec endocardite et éruption rhumatismale et, un an après, l'éruption rhumatismale a, dans une récurrence de l'affection, occupé le premier rang sous la forme de poussées papuleuses ou éry-

thémateuses, ou péliosique, ou vésico-pustuleuses plus ou moins hémorragiques avec fièvre et douleurs articulaires. En outre, cette maladie a été, cette fois, longue ; l'état général grave rappelant celui d'une dothientérie adynamique. Enfin, le tracé thermique de cette fièvre rhumatismale nous présente un grand intérêt, tracé d'une intermittence irrégulière successivement quotidienne, tierce et quarte. Mais je suis persuadé qu'un tracé plus complet pourrait donner plus d'irrégularité encore. »

Je crois devoir faire remarquer que le malade sujet de cette observation a été successivement affecté des deux formes d'érythèmes graves. Dans la première maladie, l'érythème n'a été manifestement que le symptôme du rhumatisme. Dans la seconde, on s'est trouvé en présence d'une fièvre érythémateuse essentielle dans laquelle le rhumatisme n'a occupé, cette fois, que le second rang et n'a été qu'un symptôme.

Par les quelques observations que nous venons de citer, il est facile de constater que l'affection décrite se présente sous la forme d'une maladie aiguë, à durée relativement longue.

Débutant par une période prodromique, analogue à celle des fièvres éruptives, elle est caractérisée par le groupement et l'évolution sur un même sujet de lésions cutanées élémentaires que jusqu'ici l'on avait regardées comme autant d'affections différentes.

Aussi, dans la symptomatologie de l'érythème, croyons-nous devoir décrire :

1° Une période prodromique.

2° Une période d'éruption et de desquamation.

PÉRIODE PRODROMIQUE

Les malades, en général, ne commençant à être observés qu'au moment de l'éruption, il n'a pas encore été possible de mesurer le mouvement fébrile qui précède l'apparition de l'exanthème.

La plupart de ceux capables de donner des renseignements circonstanciés s'accordent à reconnaître qu'ils ont éprouvé quelques petits frissons accompagnés de fièvre. En même temps, ils se trouvent sous l'influence d'un état de malaise, de courbature avec céphalalgie assez intense avec épistaxis. On a signalé (Lewin) (1), des douleurs lombaires de la rachialgie, comme pouvant apparaître à ce moment. Toutefois, les désordres les plus fréquents affectent l'appareil digestif. Il y a de l'anorexie, la soif est intense, la langue est saburrale, des nausées avec ou sans vomissements ne sont point rares. Du côté des voies respiratoires, on a noté du coryza, de la laryngite et de la bronchite. Lewin (2) cite même un cas d'aphonie complète survenant au début d'un érythème. Il est vrai que le sujet dont il parle étant en présence de syphilis, on ne sait si l'on ne doit pas rattacher l'aphonie à cette dernière affection.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

La malade de notre première observation a présenté du mal de gorge et de la gêne de la déglutition. Toutefois, l'angine ne paraît pas être un phénomène très constant, car nous ne l'avons pas remarqué souvent dans le cas d'érythème. Si, d'après les faits observés, nous voulons fixer une durée moyenne à la période prémonitoire, nous voyons qu'elle ne dépasse pas cinq ou six jours. Lipp de Graz (1) signale bien un malade chez lequel l'éruption n'a paru que le neuvième jour des prodromes. Mais cette durée doit être regardée comme exceptionnelle.

PÉRIODE D'ÉRUPTION

La fin du stade prodromique est marquée par le début de l'éruption qui d'après Kapozi, Hebra, aurait toujours lieu symétriquement sur la face dorsale des mains et des pieds.

Cette règle toutefois n'a rien d'absolu. L'exanthème peut commencer sur le tronc, sur le cou, sur la face (obs. II), être ou non symétrique.

Chez la malade de notre observation VI, l'éruption a occupé la poitrine n'affectant aucune symétrie, et pendant tout le cours d'une évolution assez longue ne s'est pas montrée sur les membres.

Quoi qu'il en soit du siège primitif, un léger picotement se fait toujours sentir au lieu même où la poussée

(1) *De l'érythème polymorphe* d'Hébra, vol. 4. *Annales de Dermatologie*, page 157.

doit se produire. On voit alors apparaître une tache, très petite au début, à coloration rouge cinabre, tache qui pâlit sous la pression du doigt. Un peu saillante au-dessus de la peau, elle donne au toucher une sensation légèrement œdémateuse. Nous avons le premier degré de l'érythème polymorphe, l'érythème lisse, comme l'a appelé Kapozi (1). On ne confondra pas cette forme avec celle que les dermatologistes ont désignée sous le même nom jusqu'ici et qui survient, après un séjour prolongé au lit, chez les malades atteints d'affections nerveuses. Les macules très petites d'abord, ne tardent pas à s'étendre et à présenter quelques heures après des dimensions pouvant atteindre la largeur d'une pièce de deux ou de cinq francs.

Que ces taches viennent à pâlir au centre, tandis que la rougeur périphérique s'étend, on a une nouvelle forme, l'*Erythème annulaire*. Ce sera au contraire l'*Erythème gyroïde*, si rapprochées les poussées exanthématiques s'entrecroisent, empiètent les unes sur les autres et décrivent des contours plus ou moins serpigneux.

Mais par suite de l'augmentation du processus exsudatif, les taches du début deviennent légèrement saillantes. On est en présence de l'*érythème papuleux*, forme la plus fréquemment observée. Les papules peuvent présenter un certain degré d'induration, et les auteurs les ont désignées dans ce cas sous le nom d'*érythème tuberculeux*. Le nom d'érythème

(1) *Traité des maladies de la peau*, vol. 2, p. 375. Kapozi.

papuleux a été et est encore bien souvent employé commè synonyme d'érythème polymorphe.

Là ne s'arrêtent pas les transformations que peut subir l'exanthème. Des vésicules et même des bulles se produisent. Dans la plupart de mes observations, et surtout dans les observations III et IV, nous voyons des vésicules non ombiliquées reposant sur une zone inflammatoire et placés à côté de papules et de tubercules.

M. Paul Fabre, de Commentry, cite le cas (1) d'un piqueur, âgé de 19 ans, qui vint à sa consultation, se plaignant de manquer d'appétit. « Le malade a la langue blanche et montre de nombreuses plaques érythémateuses, principalement sur les bras et les jambes, à la face dorsale des mains et des pieds; elles sont ulcérées pour la plupart. Il en existe aussi qui sont ulcérées par le grattage sur les avant-bras. Quelques-unes de ces plaques sont encore recouvertes de vésicules. A l'avant-bras droit on trouve de ces vésicules sur les deux faces, ainsi qu'à la face antérieure des deux poignets.

« Il s'agit bien ici de l'érythème polymorphe, puisque nous constatons l'existence de papules et tous les autres caractères de cette affection. »

Nous insistons un peu sur cet *érythème vésiculeux*, parce que plusieurs auteurs ont nié son existence, prétendant que la vésicule est incompatible avec l'érythème. Ils oubliaient ou méconnaissaient que l'érythème généralisé est une maladie affectant des

(1) *Gazette médicale*, Paris, 4 nov. 1881.

formes variées, depuis la macule jusqu'à la vésicule et la pustule.

En effet, une autre transformation peut se produire, la vésicule se remplir de pus et nous donner l'*érythème pustuleux* (obs. III). Les vésicules, dans certains cas, sont assez confluentes pour former une bulle et l'on a l'*érythème bulleux*.

Le centre d'une large plaque d'érythème papuleux peut être le siège d'une bulle ; cette bulle s'affaisser et une série de vésicules se produire tout autour. Environnant cette première rangée circulaire, des cercles concentriques de vésicules peuvent se former à colorations variées, à cause de leur période différente de formation et présentent la forme *erythemas iris*, que l'on confond avec l'herpès iris.

Telle est la marche que peut suivre l'éruption. Toutefois, son évolution n'est pas toujours aussi régulière et aussi complète. Des taches primitivement semblables évoluent différemment : les unes restant à l'état de simples plaques érythémateuses, les autres devenant papuleuses ou tuberculeuses. De ces dernières, il en est qui ne se modifient pas pendant tout le cours de la maladie ; d'autres se recouvrent de vésicules, de pustules et même de bulles ou bien, s'affaissant à leur centre, s'étendent par la périphérie.

Dans l'érythème polymorphe, l'éruption ne se fait pas simultanément, mais par poussées successives, comme dans l'herpès généralisé fébrile. A côté d'une papule, déjà recouverte d'une vésicule ou d'une pustule, apparaît la macule érythémateuse du début, et

la première a déjà disparu quand l'autre poursuit encore son évolution.

L'éruption peut être plus ou moins généralisée. Alors que, dans certains cas, elle n'occupe que les membres supérieurs et inférieurs et présente à peine quelques papules sur le tronc, on la voit, dans d'autres circonstances, recouvrir le corps tout entier. Gintral (1) cite le fait d'un jeune homme de vingt-un an, qui entre à l'hôpital avec de la fièvre, de la céphalalgie, de la prostration et présente sur tout le corps et notamment sur la face, les bras et le tronc des taches, des saillies d'érythèmes papuleux.

Moins généralisé, l'exanthème peut être très confluent en certains points. Le même auteur (2) rapporte l'observation d'une femme de trente-six ans dont la région dorsale des mains et des pieds était tellement couverte de papules que celles-ci se confondaient et ne formaient qu'une tumeur volumineuse, avec chaleur, sensibilité douloureuse et fièvre.

Les premiers symptômes de la période d'éruption sont constitués par l'exagération des phénomènes prodromiques. La céphalalgie devient plus violente. On a des tintements d'oreille, de la photophobie et un peu d'obtusion intellectuelle. A partir de ce moment, la fièvre est établie, le pouls est élevé. Enfin, apparaît une asthénie générale, une torpeur analogue à celle de la fièvre typhoïde. Ce symptôme typhique

(1) *Pathologie interne*, vol. 5. « De l'hérythème papuleux. »

(2) *Loc. cit.*

s'observe presque constamment dans la forme grave de l'érythème. Nous le voyons, en effet, dans toutes les observations que nous avons citées, se montrer, avec plus ou moins d'intensité, quelques jours après le début de la maladie.

Assez semblable à la dépression générale que Fournier (1) a indiquée dans la fièvre syphilitique et a désignée sous le nom de typhose syphilitique, cet état marque l'action nocive d'un sang infecté altérant l'excitabilité des éléments nerveux. L'anémie produite par la consommation fébrile peut aussi entrer en ligne de cause.

La plupart des auteurs ont signalé l'asthémie, la stupeur dans cette fièvre exanthématique. Bateman a vu un érythème papuleux, s'accompagnant de symptômes graves et d'une profonde dépression des forces. Dans son traité de clinique médicale, Trousseau, qui a tant insisté sur la spécificité de l'érythème généralisé, cite une observation que nous allons donner tout entière, parce que le caractère typhique de la maladie, y est nettement indiqué.

OBSERVATION IV

(*Trousseau*)

Agée de soixante ans et depuis longtemps emphysémeuse, cette femme était entrée dans le service pour une bronchite accompagnée d'un mouvement fébrile et d'un état

(1) *Traité de la syphilis*, Fournier, p. 654.

de stupeur qui ne nous paraissaient point en rapport avec l'affection des bronches. Plusieurs jours de suite, l'auscultation fut pratiquée avec le plus grand soin pour rechercher si l'on ne découvrait pas quelque point péripneumonique; enfin, après trois jours, on constata sur les jambes un érythème noueux et sur la face dorsale des mains un érythème papuleux. La malade, blanchisseuse de profession, avait eu plusieurs attaques de rhumatisme; c'était pour s'être exposée au froid humide qu'elle avait contracté le catarrhe pulmonaire qui l'amenait à l'hôpital. Cette bronchite bientôt se généralisa, et le vingt et unième jour se terminait par la mort en se compliquant d'une double pneumonie hypostatique.

Devergie, lui aussi, a bien remarqué cette typhose, s'il est permis de l'appeler ainsi, quand il dit (1) que l'érythème papuleux est souvent l'expression d'une affection typhoïdique.

Pour compléter cette nomenclature, il nous reste à citer un cas d'érythème généralisé, emprunté à l'excellent mémoire de M. Teissier.

OBSERVATION V

Mademoiselle A..., âgée de onze ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution un peu faible, m'est amenée par sa mère en février 1877, pour une indisposition qui paraissait être des plus bénignes.

L'enfant avait un bouton en arrière du cou, au-dessous de

(1) *Traité des Maladies de la Peau*, vol. 1, p. 224.

la racine des cheveux, bouton en suppuration et entouré d'une petite auréole rougeâtre. Elle avait perdu l'appétit, était un peu faible, et éprouvait un sentiment prononcé de lassitude. Autour du bouton suppuré, existaient de petites adénites cervicales douloureuses. Cet ensemble me parut plus sérieux qu'il n'en avait l'air. Dès cette première visite, je pensai que la rougeur inflammatoire qui existait autour du bouton pourrait bien être un commencement de maladie infectieuse. C'est ce qui arriva malheureusement.

La rougeur s'étendit au cou et à l'épaule droite et un abcès se forma au-dessous du bouton, point de départ de la maladie. Le pouls devint accéléré, la température s'éleva et la faiblesse augmenta beaucoup.

Au troisième jour, le pouls est à 120 pulsations et la température à 39°,5. La langue devient saburrale, il y eut des nausées et pendant toute la nuit un peu de délire.

Dès le cinquième jour, apparition de plaques érythémateuses sur le dos et sur les mains au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Au sixième jour, fluxions douloureuses sur les genoux. Des plaques érythémateuses apparaissent vers le huitième jour aux chevilles en même temps que des douleurs et du gonflement des articulations tibio-tarsiennes. La fièvre est persistante, le pouls à 120, la température à 39°,3. Un peu de vomissement le matin. Faiblesse extrême, adynamie.

On prescrit : salicylate de soude, teinture d'aconit, vin de quina, bouillon, lait, etc.

Chaque jour, la maladie prend de plus en plus un aspect typhique. Au douzième jour, la langue est sèche, tremblotante, le pouls à 150, la température toujours à 39°,5. Tremblement nerveux général.

Les jours suivants, le pouls devient de plus en plus petit et le facies décomposé. Le quinzième jour, la malade entre en agonie et succombe.

Reproduisons les quelques notes dont M. Teissier a accompagné cette observation.

« Un des principaux caractères de la marche de cette affection, dit-il, a été dès le début une grande tendance à la prostration des forces. L'enfant avait beaucoup de peine à se tenir assise, à soutenir sa tête quand on voulait regarder la nuque, point de départ de l'érythème, et chaque jour cette faiblesse augmenta, au point qu'au bout de la première semaine, M^{lle} A... ne pouvait même plus soulever le bras et la main sans un grand effort et sans un tremblement prononcé. Dans sa dernière période, la maladie ressemblait à une fièvre typhique ou septicémique.

« En résumé, la marche de ces symptômes me paraît devoir être considérée comme une fièvre éruptive érythémateuse, caractérisée par un érythème généralisé, compliqué de rhumatisme articulaire et d'adynamie, et non pas comme un rhumatisme articulaire compliqué d'érythème. »

L'observation que nous venons de citer nous sert de transition pour décrire un autre symptôme de l'érythème fébrile grave, symptôme peut-être moins constant que le premier, mais que, néanmoins, l'on rencontre assez souvent. Nous voulons parler du délire qui vient donner un caractère ataxique à la maladie. C'est rarement un délire d'action, le plus souvent doux, tranquille, il apparaît pendant la nuit, comme on le voit pour la malade de l'observation v. Chez elle, il commença dès le troisième jour.

Lewin (1) parle d'une servante de vingt-quatre

(1) *Loc. cit.*

ans, atteinte d'un érythème généralisé, et qui mourut dans le délire et dans le coma. Les sujets débilités, anémiques, à système nerveux, impressionnables, sont surtout sujets au délire, dont la vivacité est également subordonnée à l'intensité du processus infectieux.

Des symptômes spasmodiques peuvent coïncider avec ces troubles de l'idéation. Dans l'observation v, des tremblements des membres apparaissent chez la malade. Des soubresauts de tendons, des contractures ont été notés dans d'autres cas.

En rapport avec ces symptômes nerveux, on a rencontré à l'autopsie des lésions anatomo-pathologiques. Besnier (1) parle d'une femme de 31 ans, qui, atteinte d'érythème généralisé, accompagné d'ictère et d'anasarque, mourut dans le délire. A l'autopsie, on rencontra des lésions sur les méninges.

Le cadre symptomatologique n'est point borné là. Suivant les localisations qu'affecte cette maladie générale on a encore d'autres symptômes. Nous adoptons le mot localisation, de préférence au mot complication qu'emploient beaucoup d'auteurs, nous basant sur l'opinion qu'expriment à ce propos MM. Besnier et Doyon, en parlant de l'érythème polymorphe (2) : « Complications veut dire concours de choses de nature différente ; par conséquent, nous ne saurions voir dans les localisations pouvant être de

(1) *Progrès médical*, 1873.

(2) *Traité des Maladies de la peau*, Kaposz, note des traducteurs, page 374.

même nature que l'affection principale des complications au sens rigoureux du mot.

Les affections que l'on appelle pneumonie, pleurésie, endocardite, méningite, présentent de nombreuses variétés que les caractères objectifs ne permettent pas de discerner en clinique et qui ne peuvent être interprétées, la vie durant, que par l'analyse. A la manière des exanthèmes vrais, les pseudo-exanthèmes ont des localisations extra-cutanées, au nombre desquelles les localisations sur les séreuses viscérales et articulaires sont les moins rares ; elles participent du caractère éphémère, résolutif et superficiel des manifestations cutanées, ce qui prouve l'identité de nature.»

Les localisations articulaires sont incontestablement les plus fréquentes. Sur cinquante-six observations personnelles, Lewin les a notées trente fois ; et dans les soixante-dix cas que lui a fournis la littérature médicale, trente-quatre fois des arthropathies sont survenues. Nous avons pu les voir dans la plupart des faits que nous avons cités. Parfois extrêmement vives, ces douleurs occupent en général les jointures voisines de l'éruption, comme si elles étaient produites, certains dermatologistes le prétendent, d'ailleurs, par extension à la séreuse articulaire voisine de l'inflammation cutanée. Ayant rarement un caractère de mobilité et de généralisation aussi prononcé que dans le rhumatisme vrai, elles disparaissent en général, même avant la fin de l'éruption. « Elles appartiennent en propre, dit Germain Sée (1)

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 1859, Germain Sée.

à l'érythème et en relèvent de même que les douleurs et les arthrites de la scarlatine, de la dysenterie et de la blennorrhagie sont la conséquence même de ces affections, sans qu'il soit besoin de faire intervenir à ce propos l'influence du rhumatisme. »

Moins fréquentes que les arthropathies, les lésions de l'appareil respiratoire se rencontrent surtout dans les cas les plus graves de l'érythème polymorphe.

Dans notre observation II, une bronchite apparaît vers le quatrième jour. Un peu plus haut, nous avons relaté un fait cueilli dans les cliniques de Trousseau; on y voit le développement au début d'un érythème, d'une bronchite qui se généralisa bientôt et se termina vers le vingt et unième jour par la mort. Le même auteur (1) présente encore l'histoire d'une malade atteinte, vers le commencement de l'éruption, d'une double pleurésie, qui disparut en même temps que l'exanthème.

Au moment de son départ de l'hôpital, la malade sujet de notre première observation, souffrait d'un léger épanchement pleurétique. Hebra (2) a vu un érythème papuleux accompagné d'une pneumonie dont le malade mourut. Et enfin Villan (3) cite le cas d'une femme de soixante ans qui succomba à la suite d'un érythème papuleux, après avoir souffert d'une toux opiniâtre pendant toute la durée de la maladie.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Lehrbuch der Hautkrankheiten*, 2, Auflage.

(3) *Mémoire de Lewin*.

La tuberculose aiguë est même survenue pendant le cours de cet exanthème. Faisant l'autopsie d'une jeune fille de seize ans, morte dans le cours d'un érythème généralisé, Ehme (1) rencontra une tuberculose miliaire de la plèvre, du poumon et de la pie-mère. Dans les observations de l'hôpital de Vienne, Hebra rapporte l'histoire d'une femme de vingt-huit ans qui mourut après seize jours de maladie, à la suite d'un érythème papuleux qui lui couvrait tout le corps. A l'autopsie, on trouva une tuberculose du poumon. La forme pulmonaire de la maladie revendique donc la plus grande part dans la mortalité. L'extension du catarrhe aux petites bronches expose le malade à tous les périls de la bronchite capillaire. La pneumonie et la tuberculose peuvent aussi déterminer rapidement une terminaison fatale.

Les phlegmasies du côté du cœur et de ses enveloppes sont en général sans gravité et rares. La détermination morbide consiste probablement en une simple poussée analogue à celle de la peau, car le souffle disparaît en même temps que l'éruption. Dans cette forme essentielle de l'érythème, l'endocardite, on le comprend, ne se rencontre pas aussi fréquemment que dans la forme symptomatique du rhumatisme. Aussi, sommes-nous étonnés du chiffre relativement considérable que donne Lewin (2) de trente lésions cardiaques sur cent-vingt-six cas d'érythème. Persistant le plus souvent pendant toute la durée de la maladie, les troubles gastriques que l'on voit ap-

(1) *Mémoires de Lewin.*

(2) *Loc. cit.*

paraître dès la période prodromique, peuvent prendre un caractère d'intensité remarquable. Dans ce cas, à l'anorexie s'ajoutent des vomissements, des douleurs gastralgiques qui fatiguent beaucoup le malade et une diarrhée incoercible que l'on a vu résister à tout traitement pour ne disparaître qu'avec l'éruption (obs. II). Très probablement des poussées érythémateuses ont lieu du côté du tube digestif. Rares et incomplètes les autopsies de cette fièvre exanthématique ne nous permettent pas de déterminer exactement les lésions que produit l'éruption sur l'intestin.

Hebra, dans la nécropsie que nous avons citée plus haut de cette jeune femme morte à la suite d'un érythème, dit avoir trouvé des ulcérations intestinales.

A côté de ces phénomènes assez constants, il en est d'autres qui n'apparaissent que bien rarement. On a signalé des néphrites, du catarrhe vésical (Lewin) comme pouvant survenir dans le cours de l'érythème. La malade de notre observation I a présenté une légère albuminurie. Des conjonctivités s'observent également. Lipp (1), sur 19 cas, les a notées deux fois, et Lewin en a rencontré 11 dans les 126 observations qu'il publie.

Comme la variole, l'érythème peut créer une espèce de diathèse purulente, qui se traduira au dehors par la production répétée d'abcès, de furoncles et d'adénites. L'observation IV nous en offre un exemple.

(1) *Loc. cit.*

Tels sont en général la marche de l'affection érythémateuse et les symptômes qui l'accompagnent jusqu'à la période de desquamation ; aussi variable comme durée que comme forme, l'éruption persiste pendant quarante jours chez la malade de notre première observation, pour ne durer que dix-huit, quinze et même huit jours chez d'autres sujets.

Si nous consultons une statistique de Levin (1), nous voyons sur 79 observations :

19 fois l'érythème présenter une durée de 1 semaine

22	—	—	—	2	—
26	—	—	—	3	—
5	—	—	—	4	—
5	—	—	—	5	—
2	—	—	—	6	—

Les chiffres des observations que nous avons recueillies nous donneraient une moyenne un peu plus élevée que celle de ce tableau. Et si nous cherchons à fixer une durée à la maladie, nous croyons que les chiffres de vingt-deux à vingt-cinq jours sont ceux qui se rencontrent le plus fréquemment.

A ce moment, les papules et les tubercules des dernières poussées se recouvrent de petites squames furfuracées qui se détachent facilement, laissant au-dessous d'elles une maculature rose qui ne tarde pas à disparaître. Les croûtes desséchées des pustules tombent en laissant à leur place des taches qui, pour être plus marquées que les précédentes, ne disparaissent pas moins après quelques jours. Seules quel-

(1) *Loc. cit.*

ques bulles un peu volumineuses peuvent laisser après elles des cicatrices durables.

Dès lors, le malade entre en convalescence. Tout en conservant encore pendant quelques jours une faiblesse assez marquée, il marche vers la guérison complète, à moins que, et la chose n'est pas très rare, la tuberculose ou des troubles paralytiques ne surviennent avec leurs conséquences fâcheuses.

FIÈVRE

Dans le cours de la description précédente, nous avons négligé à dessein, de parler de la fièvre qui accompagne l'éruption, lui réservant un paragraphe spécial.

Etudiée par quelques auteurs, et spécialement par Lewin (1), elle n'a pas encore laissé percer tous ses mystères, comme le dit ce dernier.

La fièvre érythémateuse ne possède pas un caractère toujours identique. En général, proportionnée comme intensité à la diffusion et à l'extension des manifestations cutanées, elle est fortement modifiée suivant les localisations de l'affection exanthématique. Tenant à l'essence même de la maladie, elle précède toutes les localisations, soit cutanées, soit viscérales, et apparaît au début de la période prodromique. La forme qu'elle revêt le plus souvent paraît être la forme intermittente.

Dans l'observation 1, elle est rémittente, mais sans régularité, c'est-à-dire que pendant quelques

(1) *Loc. cit.*

jours la rémission du matin est de plus d'un degré, tandis que les jours suivants elle est à peine de quelques dixièmes. Dès les premiers jours elle atteint les degrés extrêmes des maladies infectieuses, elle est à 40°. Avec des rémissions très variables, elle arrive jusqu'au quinzième jour, où elle a pendant quatre jours des chutes de deux degrés. Oscillant ensuite autour de 39°5, pour arriver vers le vingt-neuvième jour à une poussée de 40°4, elle commence à baisser depuis ce moment et paraît se terminer par lysis lorsque la malade sort brusquement de l'hôpital.

Dans l'observation viii, la température marque trois périodes distinctes et d'une même durée de six à sept jours. On a un stade ascensionnel, un stade d'acné et un stade de rémission.

Mais le type intermittent se rencontre plus souvent. Nous voyons, en effet, dans notre troisième observation, la fièvre être d'une intermittence quotidienne d'abord, puis tierce, puis quarte. La malade de Devergie (obs. ii) est, elle aussi, prise d'une fièvre intermittente.

On ne confond pas la fièvre érythémateuse à type intermittent avec la fièvre paludéenne. Dans la première, l'accès est généralement incomplet et n'est jamais composé des trois stades classiques de l'accès paludéen : les stades de froid et de sueur sont peu ou pas accusés, le stade de chaleur est toujours prédominant. On n'observe pas non plus de développement exagéré de la rate et l'accès qui est le plus habituellement diurne dans la fièvre palustre, n'apparaît en général que le soir dans l'exanthème que nous décrivons.

Cette différence de la continuité et de l'intermittence tient probablement à l'éclosion plus ou moins rapide des papules. Chaque nouvelle poussée est accompagnée d'une recrudescence de la fièvre et des symptômes généraux, et selon que les espaces intermédiaires sont ou non apyrétiques on aura des types de fièvre simulant les types intermittent ou rémittent.

Quand la maladie est de courte durée, l'éruption se fait plus simultanément et évolue de même. Dans ce cas, l'élévation de température se fait rapidement, on a un jour ou deux d'acné, puis une chute assez rapide. Ce tracé est assez semblable à une des formes de la fièvre herpétique.

La durée moyenne de la fièvre dans l'érythème polymorphe paraît être de vingt à vingt-cinq jours.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En dermatologie, les lésions se confondent avec les symptômes. Aussi, après avoir décrit la symptomatologie de l'érythème exsudatif, nous reste-t-il peu de choses à dire sur l'anatomie pathologique de cette affection.

L'éruption se voit le plus souvent sur la surface dorsale des mains et des pieds, s'accordent à dire les auteurs. C'est, dit M. Renaut (1) qu'on les voit mieux en cet endroit, la disposition des vaisseaux en cônes vasculaires, terminés du côté de la surface de la peau

(1) *Dictionnaire des sciences médicales, Dermatoses*, J. Renaut

par des aires, est d'autant plus marquée dans les régions dépourvues de papilles, qu'à ce niveau, le réseau planiforme est peu développé. C'est ce qui explique pourquoi dans les exanthèmes la face dorsale des doigts est le siège ordinaire de maculès distinctes, tandis que, en même temps, la face palmaire couverte de papilles présente une rougeur beaucoup plus diffuse.

Sous une influence névro-paralytique quelconque, les artérioles de la peau se dilatent; le sang y afflue et leur volume devient considérable. Les aires coronaires qui les terminent sont injectées et l'on a la formation de macules circulaires, premier degré de l'érythème. Distinctes d'abord, ces macules pourront se réunir deux à deux, trois à trois, former des plaques plus étendues quand la congestion, devenant plus forte, les anastomoses qui réunissent les bouquets terminaux se seront laissés dilater par le sang. Alors au niveau de la zone hypérhémiee une transsudation séreuse se produit et détermine le gonflement du tégument sous forme de *papules*. Les leucocytes sortis des vaisseaux par diapédèse s'accumulent dans le tissu conjonctif du derme, se rangent le long des artérioles et des veinules, des tubes sudorifères. En même temps que les leucocytes, quelques globules rouges s'échappent des vaisseaux, ce sont ceux qui déterminent cette teinte ecchymotique jaunâtre que l'on voit succéder à la rougeur primitive des macules et des papules.

L'œdème ne se localise pas dans le derme, il s'étend au tissu cellulaire sous-cutané et produit cet empâ-

tement que l'on remarque au-dessous des papules un peu volumineuses.

L'imbibition séreuse après avoir dilaté les espaces conjonctifs du derme semble s'avancer vers l'épiderme. En même temps, les cellules du réseau de Malpighi se troublent, se déforment en donnant lieu à des cavités que viendra remplir la lymphe fibreuse. L'érythème vésiculeux est formé. Les globules blancs du plasma subissent la transformation graisseuse et l'on a l'érythème pustuleux.

On a noté une altération du sang qui est diffluent, peu coagulable. Le nombre des globules rouges est diminué et peut descendre à 1,800,000 (obs. III), par contre le sang renferme une proportion anormale de globules blancs.

CHAPITRE TROISIÈME

Nature de l'Erythème. — Étiologie. — Diagnostic. — Pronostic — Traitement.

NATURE DE L'ÉRYTHÈME — ÉTIOLOGIE

On peut grouper sous trois chefs principaux les théories émises sur la nature de l'érythème polymorphe par ceux qui se sont attachés à cette étude.

1° Les uns font de cet exanthème un simple symptôme du rhumatisme ;

2° D'autres, au contraire, regardent l'affection comme une variété de fièvre éruptive, s'accompagnant de douleurs articulaires rhumatoïdes, de bronchite, de pleurésie, etc.

3° Une troisième théorie est celle qui présente l'érythème (suivant les cas) tantôt comme l'expression symptomatique du rhumatisme, tantôt en fait une maladie essentielle.

Soutenus par la puissante autorité de Bazin, qui fait de l'érythème papulo-tuberculeux une manifestation évidente de l'arthritisme, la première de ces théories a été assez généralement adoptée en France.

Avant le médecin de Saint-Louis, Rayer (1), suivant les idées de Schoenlein, admet la nature rhumatismale de cet exanthème. Quelque temps après, sous le nom de péliose rhumatismale, Duriau et Maximin Legrand désignent l'érythème papuleux et l'érythème noueux. Et tout en faisant de l'érythème papuleux une affection générale, essentielle, Trousseau la rattache à une diathèse, à l'arthritisme. « La maladie de la peau est rhumatismale, dit-il, comme le sont les maladies des articulations, du cœur et des poumons » (2).

Le caractère rhumatismal de l'affection est accusé par Ferrand dans son travail sur les exanthèmes du rhumatisme (3). Drivon, de Lyon, rencontre dix fois l'éruption papulo-tuberculeuse sur quatre-vingt-treize rhumatisants et il conclut à la nature rhumatismale de cet exanthème. Dans les observations recueillies à Java et à Sumatra, M. Charlouis (4) présente neuf faits sur dix dans lesquels le rhumatisme est la cause de l'éruption.

Les partisans de la seconde opinion ne voient, quand le rhumatisme survient avec l'érythème, les uns, qu'une simple coïncidence (Tardieu) (5), les au-

(1) *Traité des Maladies de la peau*, vol. 1, p. 122.

(2) *Clinique médicale*, vol. 1, p. 228.

(3) *Thèse de Paris*, 1860, Ferrand.

(4) *Vierteljahresschrift für dermatologie und syphilis*.

(5) *Pathologie médicale*, p. 220.

tres, que l'extension aux articulations voisines de l'inflammation cutanée. Vigla (1), Cruveilhier (2) et Chomel (3), n'admettent aucune relation bien directe entre le rhumatisme et l'érythème.

Les douleurs articulaires sont, d'après M. Sée (4), spéciales à l'érythème, elles appartiennent en propre à la maladie et en relèvent directement, de même que les douleurs et les arthrites que l'on voit survenir dans la scarlatine sont la conséquence de cette affection. Ce n'est pas du rhumatisme vrai, mais des douleurs rhumatoïdes. Il y a, selon lui, des manifestations morbides dans les séreuses et la membrane interne du cœur, à la manière du rhumatisme, mais sans rhumatisme.

Hardy (5) reconnaît qu'il existe des sujets sur lesquels on observe des maladies de la peau en même temps que des douleurs articulaires évidentes. « Mais peut-on, dit-il, établir entre le rhumatisme et l'éruption une relation nécessaire de cause à effet, parce que ces malades auront présenté à des époques antérieures ou postérieures à l'exanthème des symptômes de rhumatisme ? »

Aussi, refusant de reconnaître ces douleurs articulaires comme du rhumatisme, leur donne-t-il le nom de douleurs rhumatoïdes et n'en fait-il que le symptôme de la maladie générale, l'érythème.

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 1856.

(2) *Thèse de Paris*, 1812, Cruveilhier.

(3) *Thèse de Paris*, 1813, Chomel.

(4) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, Paris, 1859.

(5) *Maladies de la peau*, 2^e partie, 1863.

« S'il est vrai, dit Gintrac (1) que l'érythème se soit montré plusieurs fois en compagnie du rhumatisme, la connexion étroite n'est pas nettement établie.

Petit (2), traitant de l'éruption qui nous occupe, la regarde comme ayant une marche analogue aux grandes pyrexies exanthématiques, dont elle diffère toutefois par l'absence de virus et de contagion. Le rhumatisme n'est nullement invoqué comme cause.

Sans se prononcer sur la cause première de la maladie, Hebra (3) nie qu'elle soit de nature arthritique. L'érythème multiforme est pour Lewin (4) une angio-névrose infectieuse, caractérisée par l'atonie des nerfs vaso-constricteurs. Le professeur de Berlin fait jouer un très grand rôle aux influences nerveuses dans la production de la maladie. Attaquant l'opinion adoptée surtout par les auteurs français, de la nature rhumatismale de l'érythème, il cherche à démontrer que dans la plupart des cas aucun antécédent rhumatismal n'existe.

Les deux théories que nous venons de citer et dont nous avons montré les principaux défenseurs, sont exclusives et se combattent l'une l'autre. Mais quelques auteurs plus éclectiques ont reconnu qu'elles pouvaient être conciliées, chacune d'elles ayant un côté vrai. Admettant, comme indéniable dans certains cas, la nature rhumatismale de l'érythème, ils la

(1) *Pathologie interne*, vol. 5.

(2) *Dictionnaire des Sciences médicales*.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Charité-Annalen III, Jahrg.* p. 622, Berlin, 1878.

rejettent absolument dans d'autres circonstances et font alors de l'exanthème une maladie essentielle.

Legroux, dans une séance de la Société des hôpitaux (1), répondait à M. Sée que pas plus que lui il ne faisait un rhumatisme d'un érythème avec congestions articulaires passagères, mais que, dans le cours d'un rhumatisme aigu, il n'était pas rare de voir survenir des éruptions érythémateuses et le plus souvent urticaires, que l'on devait considérer comme des affections rhumatismales cutanées. Pour lui, l'affection ne peut être regardée comme de cause rhumatismale que si les douleurs articulaires franchement inflammatoires ont précédé l'exanthème et persisté après sa disparition.

Parlant de Bazin, qui soutient que l'érythème papulo-tuberculeux est toujours arthritique, M. Gailleton (2) dit que cette opinion n'est pas exacte et que dans les cas où manquent complètement les signes de rhumatisme, il est impossible de l'affirmer par l'éruption elle-même.

Il faut donc, ajoute-t-il, distinguer avec soin et de même que le pupura, l'herpès, l'urticaire ne sont pas toujours arthritiques, l'érythème papuleux peut tenir à d'autres causes.

Cette opinion est également celle de M. Teissier (3), et dans une séance de la Société de médecine de Lyon, à propos d'un mémoire sur l'érythème présenté par ce professeur, M. Aubert, chirurgien-major de

(1) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*. Paris, 1859.

(2) *Traité des Maladies de la peau*. Dermatoses rhumatismales.

(3) *Lyon médical*, 31 juillet, 1882.

l'Antiquaille, s'exprimait ainsi : « Des faits observés, il résulte qu'il existe probablement deux formes d'érythème papuleux, l'une spéciale, infectieuse, à rapprocher du pemphique aigu fébrile, c'est cette forme que vise le mémoire de M. Teissier ; l'autre déjà classée, d'origine rhumatismale, coïncidant du reste avec une poussée de rhumatisme articulaire aigu. »

L'érythème grave que nous nous sommes proposé de décrire appartient évidemment à la première forme, indiquée dans la division de M. Aubert. En effet, dans les cas que nous avons présentés, rien n'indique la nature rhumatismale. Quand des fluxions articulaires se sont produites, elles n'ont paru que dans le cours de l'éruption, passagères, sans aucun caractère de généralisation ; elles disparaissaient rapidement avant la fin de l'éruption. Comme on peut le voir dans nos observations, aucun des incidents de l'histoire des malades ne peut être invoqué en faveur du rhumatisme, comme genèse primordiale.

Pour affirmer la nature rhumatismale de tous les érythèmes, quelques auteurs se sont appuyés sur l'influence du traitement par le salicylate de soude. MM. Molière et Boucaud ont récemment soutenu cette opinion dans une séance de la Société de médecine de Lyon (1). Il nous suffit de présenter le traitement institué pour la malade de notre observation 1, et de voir que le salicylate de soude n'a produit aucun abaissement de la température, n'a amené aucune modification dans la marche de la maladie pour mon-

(1) *Lyon Médical*, juin 1882.

trer que cette assertion n'est pas exacte dans tous les cas. D'ailleurs, en admettant deux formes d'érythème grave, on peut croire que ces praticiens se sont trouvés en présence d'érythèmes d'origine rhumatismale et non de forme essentielle comme ceux que nous avons en vue.

Comment ne pas voir une affection essentielle, infectieuse, dans la maladie dont nous avons présenté quelques exemples ?

Cette période prodromique, avec céphalalgie, douleurs lombaires, rachialgie, nausées, vomissements, n'est-elle pas celle des exanthèmes aigus ? Bien souvent, en effet, on a pris cette phase prodromique pour la phase d'invasion de la fièvre typhoïde. Comme dans les maladies infectieuses, nous avons observé une fièvre intense, un état adynamique, un aspect typhoïdique, du délire avec soubresauts de tendons. Les localisations du côté de l'appareil respiratoire, du côté du cerveau, du cœur et du rein, n'ont pas plus fait défaut que dans la variole et dans la scarlatine.

Et si les éruptions successives de l'érythème généralisé sont différentes de l'éruption unique de la rougeole, de la scarlatine, ne peut-on pas rapprocher l'érythème de deux autres affections que l'on a rangées dans les fièvres éruptives, nous voulons parler de l'herpès généralisé et de la suette miliaire ? Toutefois, malgré les nombreux rapports qui existent entre l'érythème généralisé et les fièvres éruptives, il est deux caractères qui différencieront toujours la première de ces affections des secondes, c'est l'absence de contagion et d'inoculabilité.

Paul Fabre, de Commentry, a vainement essayé d'inoculer du pus, recueilli sur un malade affecté d'érythème. L'inoculation n'a produit aucun résultat. Quant à la contagion (*Archives de Médecine*, 1859) que Ehme et Gall ont soutenue, elle ne paraît pas davantage établie.

Nous regarderons donc l'érythème polymorphe fébrile à forme grave, comme un fièvre infectieuse, mais ni contagieuse, ni inoculable. Cette opinion nous l'appuyons sur l'autorité des nombreux auteurs que nous avons cités et sur nos propres recherches.

ETIOLOGIE

Dans la discussion sur la nature de l'érythème, nous avons vu que le rhumatisme ne doit pas être invoqué comme cause, du moins pour la forme que nous décrivons. Beaucoup d'obscurité entoure encore l'étiologie de cette affection. Elle paraît survenir plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Sur cinquante-six malades affectés d'érythème, Lewin a rencontré quarante-six femmes. Lipp (1), sur dix-neuf cas, a observé dix-sept femmes. Si nous consultons les faits que nous avons recueillis, nous remarquons également une proportion plus forte chez la femme. L'adolescence et la jeunesse sont prédisposées aux atteintes de la maladie. De 15 à 27 ans, Lewin (2) l'a observé quarante-six fois sur

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

cinquante-neuf cas. L'âge mur et la vieillesse semblent à l'abri de cette affection. Trousseau (1) cite bien, il est vrai, deux malades affectés d'érythème, l'un à cinquante-sept ans, l'autre à soixante-deux ans, mais ces exemples sont rares.

L'influence saisonnière joue un certain rôle dans la production de l'érythème. Les printemps et les automnes pluvieux donnent un chiffre plus élevé que les autres saisons.

Mais la débilité de l'organisme, qu'elle tienne à l'anémie, à la scrofule ou à la syphilis, paraît une cause bien plus puissante que les conditions climatiques. Rayer, Thomson, Devergie et un grand nombre d'autres dermatologistes ont signalé la misère organique dans l'étiologie de la maladie. Sur soixante-dix malades, Vilson n'en a rencontré que vingt-six ayant une constitution normale, tous les autres étaient lymphatiques, anémiques ou scrofuleux. La plupart des malades de Lewin étaient syphilitiques, c'est-à-dire débilités. Ueffelman rattache l'érythème à une disposition tuberculeuse.

Les conditions menstruelles de la femme paraissent jouer un rôle assez considérable dans la production de l'érythème. C'est souvent à la suite d'une brusque suspension des règles que survient l'éruption. Dans la plupart des observations que nous avons présentées, on peut noter cette cause. Kapozi, dans son *Traité des maladies de la peau* (2), insiste

(1) *Clinique médicale*, vol. 1. Trousseau.

(2) Kapozi, vol. 1, *maladies de la peau*, p. 374.

sur les rapports qui existent entre l'aménorrhée, la stérilité, la chlorose et l'érythémé.

Mais, comme le font remarquer MM. Besnier et Doyan, les modifications utérines ne sont pas des causes étiologiques suffisantes pour le développement de la maladie, il faut encore admettre un état de réceptivité particulier.

DIAGNOSTIC

Urticaire. — Cette éruption peut simuler les formes papuleuse et tuberculeuse de l'érythème polymorphe. Mais on a des élevures à centre blanc et non pas des papules. De plus, la présence de cuisson et de démangaisons violentes, l'apparition brusque et de courte durée des plaques d'urticaire serviront à le différencier de l'érythème, qui est plus indolore et à évolution plus longue. Dans l'urticaire d'ailleurs, les lésions du début restent les mêmes, sans passer à l'état de bulles ni de pustules.

Purpura. — La pression ne fait pas disparaître la rougeur comme dans l'érythème.

Herpès généralisé fébrile. — Cette affection, que les travaux de Parrot et de Coutagne (1) ont mis en évidence depuis quelques années, a une évolution qui rappelle celle de l'érythème fébrile.

Précédée par une période prodromique, l'éruption se fait par poussées successives, qu'accompagne une

(1) Coutagne. *De l'Herpès généralisé fébrile.* Thèse de Paris, 1874.

fièvre à type rémittant ou intermittent. Toutefois, le début est plus brusque que dans l'érythème fébrile.

Le malade est pris soudain d'un malaise énorme, dit Lasègue (1), en parlant del'herpès. L'éruption ne présente pas le polymorphisme de l'érythème et les papules du début sur lesquelles s'élèveront les vésicules de l'herpès, sont très petites, peu saillantes. De plus, on observe rarement des poussées herpétiques du côté des membres, surtout du côté des membres inférieurs. Leur siège ordinaire est la bouche, le thorax, les organes génitaux.

Herpès Zoster. — Bien que quelques auteurs, Neumann entre autres, aient voulu faire du zona un développement plus avancé de l'érythème polymorphe, on séparera ces deux affections.

Le siège du zona est ordinairement le trajet d'un nerf. Le plus souvent unilatérale, en forme de demi-cercle, quand elle se trouve sur le tronc, l'éruption est précédée de douleurs névralgiques très violentes qui cessent quand l'exanthème apparaît pour revenir à la fin de la maladie et persister quelquefois très longtemps.

Il est une variété d'herpès que l'on a décrite sous le nom d'herpésiris, et que l'on regarde aujourd'hui comme absolument semblable à l'érythème iris. Toutefois, il ne faudra pas confondre cette forme avec l'herpès iris parasitaire de Bazin.

Dans l'érythème iris, l'éruption se fait plus simultanément sur les mains, la face, etc., dans l'herpès

(1) *Traité des angines*, Lasègue.

parasitaire un groupe apparaît d'abord, puis successivement à espaces plus longs, d'autres groupes se forment, la germination du parasite nécessitant un certain temps. D'ailleurs, le microscope pourra aisément trancher la question.

Hydroa vésiculeux. — L'hydroa a des liens étroits de parenté avec l'érythème multiforme. « Bien des fois, en observant la marche des deux éruptions, il m'a semblé qu'elles n'en faisaient qu'un, dit Duhring »(1).

Après avoir avoué que nombre d'auteurs ont confondu cette forme d'hydroa avec l'érythème papuleux, Bazin rattache l'herpès iris à l'hydroa vésiculeux. On en a vu que l'herpès iris n'est autre chose que l'érythème iris, modalité de l'érythème polymorphe.

Des vésicules ombiliquées, dont le contenu devient trouble ensuite et qui laissent une cicatrice déprimée, différencieront l'hydroa vacciniforme de l'érythème.

L'hydroa bulleux a moins de tendance à la généralisation, des phénomènes généraux moins considérables que l'érythème. Alors que ce dernier exanthème est en général indolore, l'hydroa bulleux est précédé d'un prurit intense.

Eczéma acutum universale d'Hebra. — Cette affection qui débute par des phénomènes généraux assez semblables à ceux de l'érythème, s'en distingue par des vésicules très petites groupées sur un fond érythémateux, vésicules qui ne tardent pas à se

(1) *Traité des Maladies de la Peau*, p. 271.

transformer en pustules. L'éruption a un caractère très éphémère.

Pemphigus aigu. — Le Pemphigus aigu fébrile avec l'état bulleux de l'éruption, son développement par poussées successives, sa marche, les phénomènes de réaction qui l'accompagnent, son pronostic toujours assez grave peut simuler la forme bulleuse de l'érythème. Les rapports sont tellement grands qu'un certain nombre d'auteurs rattachent à l'érythème polymorphe, des faits où le pemphigus pourrait être admis. M. Hardy dit à ce propos (1) : « Je ne voudrais
« pas nier l'existence de cette forme, mais elle est
« rare et le plus ordinairement le pemphigus, affecté
« tant la marche aiguë, se présente en même temps
« que les taches exanthématiques assez saillantes de
« l'érythème papuleux ; de sorte que, si je consultais
« mes observations, je serais très porté à admettre
« que le pemphigus aigu n'est qu'une variété de
« fièvre éruptive, désignée sous le nom d'érythème
« papuleux, papulo-tuberculeux, herpès iris. »

Mais il est des cas où l'on ne peut nier l'existence du pemphigus aigu et le confondre avec une autre affection. Quand dans le cours tout entier de l'éruption, on ne voit apparaître que des bulles sans aucune autre manifestation cutanée de nature érythémateuse, telles que papules, tubercules ; quand de plus, au lieu de l'auréole inflammatoire large qui entoure les bulles de l'érythème, il n'existe qu'un léger liseré rougeâtre on peut affirmer la présence du pemphigus.

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. 26, p. 462.

Fièvre typhoïde. — Quand on se trouve en présence d'un malade qui, bien portant, il y a quelques jours, perd subitement l'appétit, devient courbaturé, abattu avec une langue saburrale, une céphalée assez forte, on se demande si l'on n'a pas devant soi une fièvre typhoïde et le diagnostic reste douteux pendant quelques jours. Cependant, on exclura la dothiènerie en ne constatant pas la marche ascendante de la température, la chaleur à la peau et le gargouillement iliaque. L'éruption ne tardera pas d'ailleurs à dissiper tous les doutes.

Roséole. — On ne confondra pas les petites plaques de la roséole très légèrement élevées au-dessus de la peau, très fugaces, ne durant pas plus d'un jour ou deux, avec les lésions plus constantes de l'érythème. La roséole peut présenter des phénomènes généraux, mais ils sont légers et fugaces.

Rougeole. — Des taches plus petites et plus disséminées, la coexistence d'une bronchite avec crachats nummulaires et catarrhe oculo-nasal dont le début a lieu à la période prodromique, distingueront la rougeole de l'érythème. Le diagnostic sera pleinement confirmé quand on aura vu l'éruption se faire en bloc, être achevée après trente-six heures et constaté la rémission thermique typique du troisième jour.

Variole. — Chez des malades affectés d'érythème exsudatif des efflorescences pustuleuses peuvent se produire sur les portions érythémateuses avec une confluence assez grande pour que la confusion devienne facile avec la variole vraie. Aussi, Lewin dit-il, que l'on peut peut-être rapprocher de l'érythème

exsudatif une partie de ces cas qui ont été décrits comme des varioles à éruption irrégulière.

Appelé pour la première fois en plein cours de la maladie, le médecin évitera une erreur en s'entourant de renseignements et devinera l'érythème polymorphe après avoir appris que l'éruption, au lieu de s'être produite en bloc et avoir été complète après vingt-quatre ou trente-six heures, s'est faite par poussées successives. D'ailleurs, en examinant bien la malade, il pourra, au milieu des pustules, découvrir quelques plaques érythémateuses, quelques papules, quelques tubercules commençant seulement leur évolution.

Scarlatine. — L'élévation de température se fait bien plus rapidement dans la scarlatine, et l'éruption se produit par larges plaques framboisées. En même temps, on constate l'apparition d'une angine particulière. Mais, dans certains cas, l'exanthème scarlatineux est compliqué de petits foyers d'exsudation cutanée, qui lui donnent une apparence papuleuse (*scarlatina papulosa*). C'est alors que l'angine du début, la rougeur framboisée et la marche rapide de l'éruption servent à séparer la scarlatine de l'érythème. D'ailleurs, la desquamation est furfuracée dans cette dernière affection, tandis qu'elle se fait par larges plaques dans la scarlatine.

Erysipèle. — Par les symptômes qu'il détermine, l'érysipèle offre beaucoup d'analogie avec l'érythème à forme grave. On les distinguera par les caractères de l'éruption.

Dans l'érysipèle, les plaques que l'on peut confondre

avec les taches de l'érythème au début, sont moins régulièrement arrondies, présentent un bourrelet du côté où elles vont s'étendre et s'agrandissent bien plus vite en larges nappes. Les adénites sont nombreuses et la desquamation au lieu d'être furfuracée, comme dans l'érythème, se fait par larges plaques, particulièrement aux mains et aux pieds.

Erythème noueux. — Doit-on distinguer l'érythème noueux de l'érythème polymorphe, ou faut-il ne faire de la première affection qu'une forme de la deuxième, ainsi que le veulent un certain nombre d'auteurs? Pouvant se généraliser sur le corps tout entier, procéder par poussées successives, s'accompagner de phénomènes fébriles, l'érythème noueux présente des nodosités proéminentes, plus dures, à siège plus profond que les papules de l'érythème multiformes, nodosités se montrant surtout aux membres inférieurs, le long de la crête du tibia.

Mais il est à remarquer que les nouures siégeant sur les parties supérieures du corps, quand l'éruption est généralisée, sont moins proéminentes, moins étendues et se rapprochent tellement de la papule ou du tubercule, que souvent on ne peut les distinguer.

Trousseau, qui sépare l'exanthème noueux de l'exanthème papuleux, avoue que l'on n'observe jamais d'érythème noueux sans papules assez nombreuses, de même que l'on rencontre de véritables nouures dans l'érythème papuleux.

Les observations qu'il cite (1) sont un exemple

(1) *Cliniques*, vol. 1, p. 228.

frappant de la réunion de ces deux éruptions de l'érythème papulo-noureux, comme l'ont appelé certains dermatologistes. « Autant sont vagues les différences autant sont frappantes les ressemblances », dit Revillout, en parlant des deux exanthèmes (1):

Pour Kaposi, l'érythème noueux est une variété de l'érythème multiforme. Il n'est rien d'aussi ordinaire, d'après lui, que de voir l'érythème assez plat aux membres supérieurs, devenir noueux dans la région tibiale. Cette opinion, partagée par MM. Besnier et Doyon (2), a été très énergiquement soutenue par Lewin (3).

Par contre, Bazin, Hebra, Neumann, pour n'en citer qu'un petit nombre, séparent les deux exanthèmes.

En face du désaccord d'observateurs aussi compétents, il ne nous est pas permis de conclure d'une manière formelle. Toutefois, nous ferons remarquer que, dans le premier cas d'érythème polymorphe (obs. I) que nous avons cité, on trouve des nouures aux membres inférieurs; dans l'observation III, certaines papules reposant sur une base large, indurée, rappellent l'érythème noueux. Et il ne nous serait pas difficile de multiplier ces exemples d'érythèmes papulo-noureux.

Il nous reste maintenant à parler de deux maladies cutanées que l'on a voulu (Æhme, Gall) confondre avec l'érythème polymorphe : ce sont la pellagre et

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1874.

(2) Kaposi, notes de la traduction, p. 230.

(3) *Loc. cit.*

l'acrodynie. Maladie endémique et constitutionnelle, caractérisée par une inflammation de la peau érythémateuse et squameuse, accompagnée de troubles digestifs, de phénomènes cérébro-spinaux, la pellagre est due à l'alimentation par le maïs altéré, s'ajoutant à une extrême pauvreté et à la mauvaise qualité des eaux. L'éruption occupe de préférence la surface dorsale des mains et des pieds, des vésicules, des pustules et même des bulles peuvent se développer comme dans l'érythème polymorphe. Mais cette dernière affection a une marche aiguë, tandis que la pellagre est chronique avec atténuation en hiver et au printemps. L'acrodynie, causée par l'usage du froment altéré, se présente avec des phénomènes et une marche assez semblable à la pellagre, et pour les mêmes raisons ne doit pas être confondue avec l'érythème multiforme.

PRONOSTIC

Dans la série des faits que nous avons cités, il est facile de voir que trop souvent une terminaison fatale est venue compliquer l'érythème. Dix cas de morts sur soixante-dix observations recueillies par Lewin, un cas sur trois rapportés par Trousseau, un autre dans nos observations, n'est-ce pas là une proportion redoutable du côté de la mortalité et peut-on nier après cela la gravité de l'affection? Si Kapozi, Hebra et un certain nombre d'autres auteurs, ont regardé l'érythème exsudatif comme une affection toujours

bénigne, c'est qu'ils ont méconnu son caractère essentiel, quand il s'accompagnait de localisations graves, et dans ces cas, n'en ont fait qu'un simple phénomène symptomatologique.

Pour beaucoup, en effet, ce n'est pas l'éruption cutanée qui doit être incriminée, mais bien une maladie intercurrente qui est venue non pas compliquer mais se superposer à la maladie primitive.

Trousseau, le premier, a appelé l'attention sur la forme maligne que peut prendre l'érythème polymorphe. Lewin, dans son mémoire, y insiste également beaucoup et Ueffelman décrit une forme grave de la maladie. Réfutant l'opinion de Kapozi, à propos du pronostic de l'érythème (1), MM. Besnier et Doyon ajoutent : « Nous avons observé plusieurs cas « dans lesquels l'intensité des phénomènes, le degré « des localisations constituaient une affection d'un « pronostic extrêmement ambigu. »

Et d'ailleurs, cette maladie, sans se terminer toujours par la mort, laisse souvent après elle des affections dangereuses qu'elle a provoquées.

M. Teissier, dans un mémoire, publié en 1865, a relaté l'observation d'un peintre en bâtiments, qui à la suite d'un érythème polymorphe avec délire, contracta une ataxie locomotrice. Quand la fièvre fut passée et quand le malade voulut se lever et marcher, il fut surpris de voir qu'il ne pouvait plus coordonner ses mouvements et qu'il avait perdu la fonction d'équilibration et la station debout. Les exemples d'affec-

(1) *Loc. cit.*

tions médullaires se développant après un érythème, ne sont pas rares.

Dans les conséquences indirectes et comme lésions pouvant être aggravées ou occasionnées par cette affection, nous pouvons citer la tuberculose. Chez les sujets prédisposés, en vertu de son action dépressive, l'érythème précipite le développement des tubercules et par cela même l'issue fatale.

Lewin cite (1) le cas d'une jeune fille qui, après un érythème, toussa, cracha le sang et mourut six semaines après, quand un pneumothorax gauche se fut déclaré. Dans notre symptomatologie, nous avons rapporté plusieurs faits semblables. Ueffelmann a beaucoup insisté également sur l'influence nocive de la fièvre érythémateuse chez les tuberculeux.

Le pronostic est grandement influencé par les conditions individuelles. Les personnes débilitées par une cause quelconque, anémie, syphilis, scrofule, etc., sont particulièrement menacées d'une terminaison fatale.

Ainsi, le pronostic de cette forme d'érythème est en général assez grave, et l'est d'autant plus que la maladie se trouve en présence d'un état constitutionnel plus mauvais.

TRAITEMENT

Nous ne connaissons pas de traitement spécifique de l'érythème. Aussi, la médication doit-elle être

(1) *Loc. cit.*

purement symptomatique. Au début, on ordonnera au malade le repos au lit, des boissons tièdes légèrement diaphorétiques. Le mouvement fébrile de la période d'invasion peut être combattu efficacement par l'alcooolature d'aconit qui procure une sédation marquée, et favorise les fonctions de la peau. On opposera des purgatifs et de légers vomitifs aux nausées et aux vomissements qui surviennent assez souvent dans la période prodromique de l'exanthème.

Quand l'éruption s'est produite, des poudres calmantes ou simplement isolantes, pour mettre les manifestations cutanées à l'abri des déchirures, suffisent comme traitement local.

On recourt au sulfate de quinine que l'on emploie à la dose de 50 centigrammes pour combattre la fièvre. Conformément à l'opinion qui veut faire toujours dépendre l'érythème polymorphe de la diathèse rhumatismale, le salicylate de soude a été beaucoup employé. Mais dans cette forme spécifique de l'érythème, il ne paraît pas donner de bien bons résultats.

Si la diarrhée qui survient assez souvent dès le commencement, pour continuer pendant toute la durée de la maladie, est peu abondante, il faut plutôt la respecter; mais, si le flux devient plus fort et est accompagné de phénomènes dysentériques, on la combattra par les lavements astringents et les opiacés.

Dans le cas où la somnolence et le coma sont les phénomènes dominants, on doit instituer une médication stimulante à l'intérieur. Quelques auteurs ont

parlé de bains froids. M. Aubert, de Lyon, a traité avec succès deux malades par la réfrigération.

On ordonnera le bromure de potassium et le chloral contre l'agitation et le délire. Si ce dernier est d'origine alcoolique, l'alcool est employé d'emblée.

Dans ces derniers temps, M. Soulier a beaucoup préconisé l'eau de laurier-cerise et les cyaniques, en général, comme antipyrétiques à employer dans l'érythème fébrile.

Enfin, comme cette maladie survient surtout chez des gens débilités, on ne devra jamais négliger de recourir aux toniques et aux reconstituants.

CHAPITRE QUATRIÈME

OBSERVATIONS

OBSERVATION VI

(Personnelle)

Marie Fougère, née à Lyon, ménagère, âgée de 29 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 20 juin 1883.

Elle n'a aucun antécédent héréditaire, ni rhumatismal. Régulée depuis l'âge de 14 ans, elle a toujours eu une menstruation régulière. Il y a cinq mois, elle a eu la fièvre typhoïde et, deux mois après, l'enfant qu'elle allaitait eut une rougeole qui dura trois semaines.

Elle-même prit froid, il y a quinze jours, après s'être beaucoup fatiguée pendant toute une journée. Elle éprouva plusieurs petits frissons répétés, elle eut de la difficulté dans la déglutition, en même temps du coryza, de la céphalalgie, de l'anorexie, un peu de fièvre et presque pas de toux.

Après quatre ou cinq jours passés dans cet état, la malade vit apparaître sur le cou et sur l'épaule droite des plaques

rosées un peu saillantes de la largeur d'une pièce de vingt centimes. Faible et abattue, cette femme a de la fièvre tous les soirs.

L'avant-veille de son entrée à l'hôpital, le 18 juin, une éruption de papules se forme sur le dos des pieds et des mains, ainsi que sur les deux avant-bras, principalement du côté de l'extension.

Le 19 juin, apparition de douleurs articulaires aux deux poignets, aux articulations tibio-tarsiennes, aux deux épaules. La douleur est toutefois plus violente à l'épaule droite, où s'est fait une poussée érythémateuse, qu'à l'épaule gauche.

La malade rentre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Roch, n° 18. A ce moment, on observe sur le cou et sur l'épaule droite une éruption de papules assez confluentes. A côté des papules rosées, dont quelques-unes ont la dimension d'une pièce de cinquante centimes, on remarque des taches pigmentaires jaunâtres, indice de papules ayant déjà disparu. Cette éruption n'occasionne ni prurit, ni démangeaison. Sur le dos des mains et sur les poignets, on voit une éruption assez semblable à celle du cou. Quelques papules sont larges, quelques autres sont plus petites. Au niveau de ces plaques, la peau épaissie, œdématiée est douloureuse. Les avant-bras sont recouverts également de papules.

La face dorsale des pieds ne présente plus que des taches pigmentaires jaunâtres, et une légère desquamation furfuracée.

Le reste du corps est indemne. La malade est pâle, abattue, elle éprouve de violents maux de tête et n'a pas d'appétit. Le pouls marque 105 et la température 38°5.

Les articulations tibio-tarsiennes, les articulations du poignet, du coude et de l'épaule sont le siège d'une fluxion douloureuse.

On n'observe rien du côté du cœur et des poumons.

Rien dans les urines.

On donne de l'alcoolature d'aconit à la dose de douze gouttes dans une potion et 3 grammes de salicylate de soude.

L'état général n'est pas amélioré sensiblement. La malade, très abattue, se plaint d'insomnie. Le thermomètre indique toujours un peu de fièvre, surtout le soir ; toutefois, il ne dépasse pas 39°.

Le 1^{er} juillet, les douleurs articulaires sont toujours assez fortes dans les poignets et dans l'épaule droite. L'éruption n'a pas diminué si ce n'est sur les avant-bras. La malade éprouve des nausées, mais sans vomissement, elle est toujours profondément abattue. La céphalalgie et l'anorexie continuent.

On donne 0 gr. 40 de sulfate de quinine. Le thermomètre marque 38° à 38° 2 le matin et atteint 39° le soir.

Le 5 juillet, l'éruption semble pâlir sur le cou et sur les poignets. Les plaques sont moins saillantes, quelques-unes sont recouvertes de petites squames furfuracées. Les douleurs articulaires ont disparu.

Le 9 juillet, la desquamation est achevée sur le cou et sur les avant-bras, on ne voit que des taches pigmentaires. Sur le dos des mains, c'est à peine si l'on rencontre encore une ou deux papules. Toutes les autres ont disparu. La fièvre tombe progressivement à 38° et à 37° 5. Les forces de la malade sont revenues, la céphalalgie a cessé, le visage est plus coloré, seul l'appétit manque encore.

Le 15 juillet, une poussée papuleuse se produit sur les deux jambes le long de la crête du tibia. La malade se plaint de nouveau de céphalalgie et de lassitude extrême. Le thermomètre accuse un mouvement fébrile, 38°,3.

Deux jours après, l'éruption pâlit, la malade se trouve mieux.

Aucune autre poussée ne s'est produite depuis, la malade est en pleine convalescence. Les forces et l'appétit reviennent.

OBSERVATION VII

(Personnelle)

Marie Blanc, née à Florens (Ain), cultivatrice, âgée de 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, n° 20, le 23 avril 1883.

Rien à noter du côté de l'hérédité. Cette femme a perdu son père, qui est mort à 34 ans d'un refroidissement et sa mère qui est morte à 44 ans des suites de couches. Elle a dix frères et une sœur qui tous se portent bien. Cette femme, ni syphilitique, ni rhumatismale a été réglée à 13 ans. Sa menstruation a toujours été régulière. Jusqu'à l'année dernière, elle avait joui d'une santé satisfaisante n'ayant jamais eu que quelques symptômes hystériques.

L'année dernière, à la suite d'une première grossesse, elle a eu un phlegmon iliaque gauche qui a été ouvert par les caustiques et complètement guéri.

Elle entre aujourd'hui avec une éruption qui a débuté il y a trois semaines.

Ayant pris froid, elle a vu ses règles s'arrêter brusquement après deux jours d'écoulement. Elle éprouve alors un malaise général, de la céphalalgie, de l'anorexie, en même temps que de petits frissons et un mouvement fébrile. Puis elle remarque sur le devant de la poitrine, près de la poignée du sternum, une plaque rose irrégulièrement arrondie. Cette plaque, assez sensible au toucher, est entourée deux jours après d'un collier de vésicules assez grosses.

Quatre ou cinq jours après, la malade voit apparaître et se développer de la même façon, quatre ou cinq plaques semblables. Avec cette poussée, elle éprouve quelques petits frissons avec fièvre plus considérable que les autres soirs.

En même temps, la jeune fille est affaissée, sans forces, sans appétit. Elle est prise de nausées et de vomissements.

Enfin, quelques jours après, voyant de nouvelles taches se former sur le front et même une sur le sourcil gauche, et son état général ne pas s'améliorer, elle rentre à l'hôpital.

Actuellement, cinq ou six papules très larges à bords irréguliers recouvrent complètement la région thoracique antérieure. Les plus anciennes sont celles placées sur l'appendice xiphoïde et sur la poignée du sternum. D'un rouge plus foncé, elles ne présentent déjà plus de vésicules. La plaque qui surmonte le mamelon droit et les deux qui se cachent sous le sein gauche sont les dernières sorties. Grandes comme une pièce de 5 francs, elles ont leurs bords entourés de vésicules. Une d'elles est même surmontée d'une bulle.

Ces papules sont douloureuses à la pression. La malade se plaint d'une lassitude générale, de maux de tête assez violents. Le pouls est à 95 pulsations, et la température marque 38° 2 le soir. En somme, mouvement fébrile modéré.

25. Une large plaque s'est développée pendant la nuit sur le milieu du sternum. Tout autour se trouvent de petites papules. La température, le matin, descend presque à son chiffre normal, pour remonter, d'un degré le soir, et atteindre 38° à 38° 5.

On n'observe rien au cœur ni au poumon, les urines sont un peu troubles, on y trouve un peu d'albumine.

27-28. Les plaques les plus anciennes commencent à se desquamer. La malade a toujours la langue saburrale, de l'anorexie, de la céphalalgie et une lassitude extrême. Les parties envahies par l'éruption sont le siège d'une hyperthermie très accusée et de démangeaisons telles qu'on les rencontre rarement dans l'Erythème. Les dernières papules développées se sont recouvertes de petites vésicules. La température présente toujours une élévation vespérine.

Le 4 mai, la plupart des vésicules se sont affaissées, et les papules sont recouvertes de squames furfuracées.

La malade voit son état général s'améliorer considérablement.

Le 5 mai, elle éprouva subitement de la douleur dans la

fosse iliaque gauche, avec mouvement fébrile assez marqué. Un léger empâtement est constaté dans cette région. Un vésicatoire appliqué en cet endroit fait disparaître la douleur, après quelques jours la malade sort complètement guérie de l'hôpital.

OBSERVATION VIII

(*Mémoire de Lewin*)

Augusta W., âgée de 27 ans, servante, entre à l'hôpital le 3 novembre 1876, pour une syphilis dont elle est atteinte.

De constitution moyenne, cette fille présente une érosion sur l'urèthre.

Un mois après, vers le 5 décembre, elle se plaint tout à coup de faiblesse générale, d'insomnie, de douleur dans les jambes.

Trois jours après, apparition d'un érythème papulo-noueux généralisé.

Pendant le cours de l'éruption, qui dura près de trois semaines, la malade éprouva des nausées, des palpitations. Elle fut atteinte d'un catarrhe bronchique.

A l'auscultation, on entendait un souffle systolique.

Le traitement consista dans l'administration de la digitale et de la quinine.

Nous donnons la marche de la température sous forme de tableau :

	matin	soir
8 décembre	» »	38° 2
9 —	37° 2	38° 4
10 —	37° 6	38° 4
11 —	37° 6	38

	matin	soir
12 décembre	37° 8	38°
13 —	38°	39°
14 —	37°	39° 5
15 —	38° 2	39° 3
16 —	38°	38° 9
17 —	38° 2	38° 6
18 —	39° 5	39° 8
19 —	38° 2	39° 2
20 —	37° 3	38° 8
21 —	37° 5	38° 2
22 —	37°	37° 5
23 —	36° 8	37° 4
24 —	37° 6	37° 3
25 —	37°	37° 8
26 —	36° 8	37° 4

OBSERVATION IX

(*Mémoire de Lewin*)

Louise S., quarante ans, veuve, entrée le 28 février 1878 à l'hôpital de Berlin, se plaignant de maux de tête, de maux d'oreilles, de douleurs rachidiennes, de faiblesse, de tristesse.

De constitution moyenne, cette femme qui n'est pas syphilitique a eu un érysipèle il y a trois ans. Elle est mère de dix enfants.

Le pouls est à 95 et la température oscille pendant quelques jours entre 38° 2 et 38° 5 avec des rémissions matinales de près d'un degré.

Le 4 mars, apparition d'une éruption à forme papuleuse qui ne tarde pas à recouvrir le corps tout entier.

Sur le dos de la main et quelques autres parties du tronc, on observe plusieurs cercles concentriques avec periphérie en relief.

A la cuisse, on voit des efflorescences à forme pustuleuse. Sur le front, on a des papules entourées d'un cercle de vésicules offrant tous les caractères de l'érythème iris.

Pendant ce temps, la fièvre augmente. Le thermomètre marque $39^{\circ} 2$ pour arriver vers le dixième jour, après le début de l'éruption, au chiffre de $40^{\circ} 4$.

Une rémission très forte ramène, dès le lendemain, la température à $38^{\circ} 2$, chiffre autour duquel elle oscillera jusqu'à la fin de l'éruption. Le pouls marque 110 pulsations.

La malade éprouve de violents maux de tête et des douleurs dans les genoux et les poignets. Elle a une congestion du pharynx et des conjonctives.

Son état resta à peu près le même pendant toute la durée de la maladie qui fut de cinq semaines.

On la soigna par la quinine et la digitale.

CONCLUSIONS

1° L'érythème polymorphe fébrile est, dans certains cas, une maladie essentielle et non une manifestation du rhumatisme, malgré les douleurs rhumatoïdes qui peuvent l'accompagner.

2° Cette maladie prend alors les allures d'une pyrexie grave, s'accompagnant d'accidents sérieux du côté du poumon, du cerveau, etc., de phénomènes fébriles prononcés ; et peut être rangée à côté des fièvres éruptives.

3° Semblable à la variole, à la rougeole, à la scarlatine, à l'érysipèle par sa période prodromique, ses symptômes et sa marche, elle s'en distingue toutefois par l'absence de contagion et d'inoculabilité, et

peut être plus directement placée à côté de l'herpès généralisé fébrile, du pemphigus aigu et de la suette miliaire.

4° Plus fréquent chez la femme que chez l'homme, l'érythème reconnaît surtout pour cause la misère organique tenant à l'anémie, à la scrofule et à la syphilis. L'aménorrhée, la dysménorrhée, en un mot les affections utérines paraissent y prédisposer la femme. Enfin, les printemps et les automnes pluvieux ne sont pas sans influence sur la production de cet exanthème.

5° Une période prodromique de cinq à six jours, avec céphalée, courbature, phénomènes fébriles, précède l'éruption qui débute bien souvent sur le dos des mains et des pieds. Les plaques érythémateuses de l'éruption se transforment successivement en papules et en tubercules, se recouvrent de vésicules, de pustules et de bulles en se groupant ou en s'étendant de façon à former des anneaux ou des lignes sinueuses.

L'éruption, qui a lieu par poussées successives, se généralise plus ou moins sur toute la surface du corps.

6° Une fièvre à type variable, rémittent ou intermittent, accompagne l'exanthème en même temps qu'apparaissent des phénomènes plus ou moins constants de dépression et de délire, des douleurs articulaires, de la pleurésie, de la pneumonie, de l'endocardite et de la méningite.

7° La durée de l'érythème polymorphe fébrile est en moyenne de trois à cinq semaines. La maladie peut aboutir à une terminaison fatale ou laisser après elle des affections dangereuses, telles que paraplégies, myétites, etc.

Le traitement est symptomatique des désordres qui se produisent.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissu musculaire lisse et strié.

Physiologie. — Suc gastrique. — Digestion stomacale.

Physique. — Mécanique des mouvements des yeux.

Chimie. — De l'acide phosphorique et des phosphates. — Compositions. — Propriétés. — Caractères distinctifs.

Zoologie et anatomie comparée. — Du *tœnia echinococcus*; ses transformations et ses migrations.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes de quinquinas. — Décrire les diverses sortes d'inflorescences.

Pathologie externe. — De la classification des kystes.

Pathologie interne. — Entérite et dysenterie.

Thérapeutique. — Du chloroforme.

Hygiène. — Du travail dans l'air comprimé et de ses effets sur l'organisme.

Accouchements. — De l'inertie utérine pendant le travail de l'accouchement.

Pathologie générale. — Des syndrômes en général.

Ophthalmologie. — Des moyens de reconnaître l'hypermétropie.

Médecine opératoire. — De l'anévrysme poplité. — Indications et moyens de les remplir.

Anatomie. — De la choroïde et de l'iris.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Des abcès peri-uréthraux dans la blennorrhagie.

Anatomie pathologique. — Des inflammations parenchymateuses proprement dites.

Médecine légale. — Déterminer l'époque à laquelle remonte un accouchement.

Médecine expérimentale et comparée. — De la contagion de la teigne faveuse des animaux domestiques à l'homme.

Clinique médicale. — Des anémies graves. — Traitement de la pleurésie purulente.

Clinique chirurgicale. — Des polypes naso-pharyngiens et de leur traitement. — De la rétention d'urine par engorgement de la prostate.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Président de Thèse,
B. TEISSIER.

Vu : *Le doyen,*
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,
EM. CHARLES.

